

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

ROSARIO, ARGENTINA

2021

Estudio descriptivo acerca del perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el período julio - diciembre 2019

ALUMNOS/AS:

Almeida, Agustina

Pichioni, Victoria

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. en Fonoaudiología Savino, Gabriela Viviana

Y LA CONSULTORÍA DE:

Lic. en Fonoaudiología Rohner, María Laura

Tesina presentada por:

Almeida, Agustina

Pichioni, Victoria

Con la supervisión de:

Lic. Savino, Gabriela V.

y la Consultoría de:

Lic. Rohner, M. Laura

Aprobada por:

.....

.....

.....

En Rosario, a los días del mes de del año

Legajos: A-1634/9

P-1692/6

*A nuestras familias,
por creer en nosotras y ser nuestro sostén a lo largo de estos años.*

*A los amigos de siempre y a los que conocimos en este camino,
por comprendernos y apoyarnos desde el inicio.*

*A Gabriela,
por su predisposición y acompañamiento.*

*A Ana, Mariana y Melina,
por su ayuda, aporte y entusiasmo.*

*Al destino,
por permitirnos coincidir en tiempo y lugar.*

ÍNDICE

RESUMEN	6
A. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO	7
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	9
2.1.a. Irrigación del SNC	11
2.2 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	12
2.2.a. Tipos de ACV	12
ACV isquémico (oclusión)	12
ACV hemorrágico (hemorragia)	13
2.2.b. Períodos clínicos de un ACV	13
2.3 ALTERACIONES POST-ACV DESDE UNA MIRADA FONOAUDIOLÓGICA	14
2.3.a. Afasia	14
2.3.a.1. LENGUAJE: PRODUCCIÓN Y COMPRENSIÓN ORAL	14
2.3.a.2. DEFINICIÓN DE AFASIA	15
2.3.a.3. CLASIFICACIÓN DE LA AFASIA	16
Afasia de Broca (motora o expresiva)	17
Afasia de Wernicke (sensorial o receptiva)	18
Afasia de conducción	20
Afasia motora transcortical	21
Afasia sensorial transcortical	22
Afasia mixta transcortical	22
Afasia anómica	23
Afasia global	23
2.3.b. Disartria	24
2.3.b.1. TIPOS DE DISARTRIA	25
Disartria espástica y de la motoneurona superior unilateral	25
Disartria flácida	26
Disartria atáxica	26
Disartria hipocinética	26
Disartria hipercinética	26
Disartria mixta	26
2.3.c. Disfagia	27
2.3.c.1. DEGLUCIÓN	27
Etapas de la deglución	28
Control neural de la deglución	30
2.3.c.2. CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA	30
Disfagia orofaríngea	31
Disfagia esofágica	31
2.3.c.3. DISFAGIA NEUROGÉNICA	31
2.4. ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD	32
2.4.a.1. ROL DEL FONOAUDIÓLOGO/A	33
3. PROBLEMA	35
4. VARIABLES	36
5. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
6. PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	42
7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	44
B. CONTEXTO DE REALIDAD	45

1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	45
C. CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN.....	54
1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN	54
2. CONCLUSIONES	60
3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	68
<i>ANEXO A: NOTAS A AUTORIDADES DEL HOSPITAL SAN MARTÍN PARA APROBAR LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Y EL ACCESO A LAS PLANILLAS DE PEDIDO DE INTERCONSULTA</i>	<i>68</i>
<i>ANEXO B: HOJA DE PEDIDO DE INTERCONSULTA DEL HOSPITAL SAN MARTÍN</i>	<i>72</i>
<i>ANEXO C: PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</i>	<i>73</i>

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir el perfil de 54 pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internados en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el período julio – diciembre 2019, en base a los siguientes aspectos: edad, sexo, tipo de ACV, agente de derivación, motivo de interconsulta fonoaudiológica y diagnóstico fonoaudiológico.

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección y relevamiento de datos presentes en las planillas de pedidos de interconsulta al área de fonoaudiología. A partir de su análisis, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 42,6% de los pacientes tenían 71 años o más; 37% Entre 51 y 70 años; y 20,4% eran Menores de 51 años.
- 53,7% fueron de Sexo Masculino y 46,3% Femenino.
- 61,1% presentaron ACV de tipo Isquémico y 38,9% de tipo Hemorrágico.
- En el 59,3% el Agente de derivación fue el Médico/a Neurólogo/a; en 35,2% el Médico/a Neurocirujano/a; en 2 (3,7%) fue Otro/a profesional, mientras que en 1 paciente (1,8%) fue el Médico Clínico/a.
- 55,6% fueron derivados por Dificultades en la deglución; 25,9% por Otras dificultades motoras y/o sensoriales; 18,5% por Dificultades en la articulación; y 16,7% por Dificultades en el lenguaje.
- 96,3% tuvieron Diagnóstico fonoaudiológico de Disfagia; 14,8% de Disartria; y 13% de Afasia.
- En pacientes con ACV Isquémico, el Agente de derivación principal fue el Médico/a Neurólogo/a (90,6%), y en el ACV Hemorrágico, el Médico/a Neurocirujano/a (76,2%).
- En ambos tipos de ACV predominó el Motivo de interconsulta fonoaudiológica Dificultades en la deglución, y el Diagnóstico fonoaudiológico de Disfagia.

A. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO

1. INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) constituye actualmente, según la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2020), la segunda causa de defunción y la tercera causa de discapacidad, dejando en los afectados secuelas tales como dificultades motoras, sensoriales, en la deglución y/o en la comunicación. Estos trastornos inciden notoriamente en la calidad de vida de la persona que los padece, y es en ese contexto en donde el profesional fonoaudiólogo desempeña un rol fundamental mediante su oportuna intervención.

A este fin, se toma como referente el Hospital San Martín, ubicado en Paraná, considerado el nosocomio más importante de la ciudad y de la provincia de Entre Ríos. En este establecimiento funciona el servicio de fonoaudiología, que recibe interconsultas de los diferentes profesionales para llevar a cabo la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las dificultades en la voz, habla, audición, lenguaje y fonoestomatología (succión, masticación, sorbición y deglución) en adolescentes, adultos y adultos mayores. Dentro de dichas interconsultas, y en relación a las incumbencias del presente trabajo, el servicio asiste pacientes con alteraciones neurológicas, entre las cuales se considera el ACV.

En función de la prevalencia del ACV a nivel mundial, y del número de interconsultas al servicio de fonoaudiología en el hospital de referencia, se puede afirmar la relevancia que tiene esta investigación para la labor fonoaudiológica.

En este sentido se orienta la presente tesina, teniendo como objetivo establecer el perfil del paciente internado con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología.

Para definir este objetivo, el perfil del paciente se determinará en base a los siguientes aspectos: edad, sexo, tipo de ACV, agente de derivación, motivo de interconsulta fonoaudiológica y diagnóstico fonoaudiológico, procurando identificar de esta manera el dato predominante en cada uno de ellos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Establecer el perfil del paciente con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el período julio - diciembre 2019.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el sexo y edad de los pacientes.
- Determinar el tipo de ACV.
- Identificar el motivo del pedido de interconsulta al área de fonoaudiología.
- Estudiar el agente de derivación de los pacientes.
- Indagar el diagnóstico fonoaudiológico.
- Investigar el tipo de ACV en función del agente de derivación, motivo de interconsulta fonoaudiológica y diagnóstico fonoaudiológico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Todos los movimientos y sensaciones del hombre se encuentran bajo la regulación y supervisión del Sistema Nervioso (SN). “Su función consiste en coordinar las actividades sensitivas, motoras, vegetativas, cognitivas y comportamentales del ser humano, gracias a la capacidad que tiene para recibir, transmitir y emitir informaciones”¹.

Anatómicamente, el SN se divide en Sistema Nervioso Periférico (SNP) y Sistema Nervioso Central (SNC). El SNP, cuya función es comunicar al SNC con el resto del cuerpo, está integrado por los nervios y ganglios nerviosos.

Los nervios constituyen agrupaciones de fibras nerviosas ubicadas en el exterior del SNC. Según su localización, se clasifican en espinales y craneales. Los primeros son 31 pares de nervios que sobresalen a lo largo de la médula espinal, cuya función es inervar los músculos del cuello, tronco y miembros, e informar al cerebro las sensaciones recibidas por estas zonas. Los segundos son 12 pares de nervios que emergen desde el cerebro y “se limitan a transmitir información sensorial o motora al cerebro y del cerebro a efectos de controlar los mecanismos del habla, del lenguaje y de la audición”².

Por su parte, los ganglios nerviosos son agrupaciones de neuronas que están intercaladas a lo largo del recorrido de los nervios o en sus raíces.

En lo que respecta al SNC, éste se encuentra formado por la médula espinal y el encéfalo (integrado por cerebro, cerebelo y tronco cerebral). Portellano (2005) precisa que la médula espinal es una estructura ubicada por debajo del bulbo raquídeo, cuyas funciones son: recibir y procesar la información sensorial que proviene de la piel, músculos, articulaciones, de las extremidades del tronco y de los órganos internos; controlar los movimientos del tronco y de las extremidades, y desencadenar respuestas reflejas.

El cerebro es una masa ovoidea que ocupa la cavidad craneal. Se divide en dos grandes mitades que constituyen los hemisferios cerebrales (derecho e izquierdo),

¹ Portellano, J. A. / Introducción a la neuropsicología. -- Editorial McGraw- Hill. -- Madrid. 2005, p.73.

² Love, R. J. y Webb, W. G. / Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. -- Editorial Médica Panamericana. -- Madrid. 2001, p.37.

conectados por una porción de sustancia blanca llamada cuerpo calloso. Love y Webb (2001) plantean que los hemisferios cerebrales son absolutamente esenciales en lo que al habla respecta, fundamentalmente el hemisferio izquierdo, ya que allí se encuentran los principales mecanismos neurológicos del habla y del lenguaje.

Cada hemisferio está formado por 4 secciones o lóbulos, cada uno con funciones principales y secundarias:

- Lóbulo frontal: se encarga del control de los movimientos voluntarios del cuerpo, desarrollo del pensamiento abstracto, control de emociones y conducta, razonamiento y solución de problemas. En relación al lenguaje, aquí se encuentra el área de Broca, encargada de la fluidez y articulación del habla (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).
- Lóbulo temporal: su función principal es la elaboración y análisis de señales auditivas. Esta actividad, que da lugar a la comprensión de dichas señales, se lleva a cabo en el área asociativa auditiva, ubicada en el área de Wernicke (parte posterior de la circunvolución temporal superior).
- Lóbulo parietal: se relaciona con la percepción y elaboración de las sensaciones somatoestésicas, definidas como “sensaciones conscientes del cuerpo, incluyendo el tacto, la presión y la posición en el espacio”³.
- Lóbulo occipital: está encargado del sentido de la visión. Recibe, en el área visual primaria, estímulos carentes de sentido provenientes de la retina. Dichas señales son analizadas y elaboradas en la corteza de asociación visual del mismo lóbulo, otorgándole significación.

Los hemisferios cerebrales están formados por sustancia gris, constituida por cuerpos neuronales que desempeñan funciones sensoriales, motoras y de integración. Dicha sustancia abarca al diencéfalo (constituido principalmente por el tálamo, el hipotálamo, y sus conexiones) y los ganglios basales, que incluyen el núcleo caudado, putamen, globo pálido y amígdala.

El tálamo, de acuerdo a lo expuesto por Helm-Estabrooks y Albert (2005), constituye una estación de intercambio para gran parte de los sistemas sensitivos principales, donde la información se integra y transmite hacia la corteza cerebral y

³ Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. L. / Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia. -- Editorial Médica Panamericana. -- Madrid. 2005, p.14.

regiones subcorticales. Además, posee dos funciones de vital importancia para el lenguaje, relacionadas con los procesos de atención y memoria.

El cerebelo se encuentra por encima del tronco cerebral, en el interior de la fosa craneal posterior. Está dividido en arquicerebelo, paleocerebelo y neocerebelo, responsables del sentido del equilibrio, del mantenimiento del tono muscular y de la sinergia de las funciones de destreza y habilidades aprendidas, respectivamente.

El tronco cerebral se divide en bulbo raquídeo, protuberancia anular y mesencéfalo. El bulbo, que constituye la continuación de la médula hasta la base del cráneo, contiene los núcleos de los nervios craneales encargados de los movimientos de lengua, faringe, laringe y diafragma. La protuberancia es la estructura que continúa al bulbo, y el mesencéfalo a la protuberancia; ambos contienen núcleos de los nervios craneales que controlan los movimientos de los ojos, el sentido de la audición y las sensaciones y expresiones faciales (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

2.1.a. Irrigación del SNC

Con respecto a la irrigación del SNC, y a fines explicativos, se hará una breve mención acerca de los principales vasos arteriales encargados del riego sanguíneo de las estructuras mencionadas.

La médula espinal está irrigada, en su tercio posterior, por las dos arterias espinales posteriores, y en su tercio anterior por la arteria espinal anterior.

Por su parte, González G. et al. (s.f.) detallan que el encéfalo se nutre a partir de dos sistemas: uno anterior, representado por las arterias carótidas internas, y uno posterior, representado por las arterias vertebrales. Dichos sistemas se anastomosan formando el circuito arterial cerebral o Polígono de Willis, que está integrado por las arterias comunicante anterior, cerebral anterior, carótida interna, comunicante posterior, cerebral posterior y basilares. Este circuito “permite que la sangre que penetra tanto por la carótida interna como por las arterias vertebrales se distribuya a cualquier parte de ambos hemisferios cerebrales”⁴.

⁴ Snell, R.S. / Neuroanatomía Clínica. -- 7ma ed. revisada. -- Editorial Wolters Kluwer. -- Barcelona. 2014, p.798.

2.2 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Si se obstruye el flujo de sangre de alguna de las arterias anteriormente mencionadas, las áreas del encéfalo irrigadas por la arteria afectada quedan desprovistas de oxígeno y nutrientes, pudiendo ocasionar lesiones cerebrales cuya sintomatología varía de acuerdo a la zona dañada. Una afección frecuente es la generada por el **accidente cerebrovascular**.

Según lo planteado por Helm-Estabrooks y Albert (2005), “un ACV comienza con un súbito déficit neurológico debido a una brusca interrupción del flujo en los vasos sanguíneos del cerebro, causado generalmente por la oclusión o la rotura de estos”⁵.

Los principales factores de riesgo para este tipo de padecimiento incluyen “hipertensión sistólica o diastólica, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, consumo elevado de alcohol y uso de anticonceptivos orales”⁶.

2.2.a. Tipos de ACV

Al desencadenarse un ACV, González L. y González O., (2012) detallan que el riego sanguíneo puede interrumpirse por alguno de los siguientes mecanismos:

ACV isquémico (oclusión)

El tejido muere debido a una interrupción del flujo de sangre al cerebro, que afecta a una región específica de éste, interfiriendo con funciones neurológicas que dependen de esa zona, y produciendo un patrón más o menos estereotipado de deficiencias. Generalmente, la oclusión se produce por:

- *Trombosis*: González L. y González O. (2012) postulan que corresponde a un progresivo estrechamiento de los vasos sanguíneos, generado por la acumulación de placas arteroescleróticas (depósitos de grasa) en sus paredes. En palabras de Portellano (2005), “la trombosis suele ser el resultado de un proceso lento y progresivo de arterioesclerosis cerebral que causa el estrechamiento progresivo de los vasos sanguíneos hasta provocar la escasez de riego”⁷.

⁵ Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. L. / Op. cit., p.35.

⁶ Simon, R. P.; Greenbergm D. A. y Aminoff, M. J. / Neurología Clínica. -- 7ma ed. -- Editorial McGraw-Hill. -- México D.C. 2010, p.292.

⁷ Portellano, J.A. / Op. cit., p.39.

- *Embolia*: es considerada por Portellano (2005) como la oclusión de un vaso sanguíneo por un émbolo (cuerpo orgánico formado por coágulos, burbujas de aire, depósitos de grasa, cúmulos de bacterias o pequeñas masas celulares desprendidas de un tumor). Dicho émbolo fluye por el sistema arterial hasta llegar a una zona estrecha, donde se asienta y provoca la interrupción del flujo sanguíneo.
- Para Helm-Estabrooks y Albert (2005), otras de las causas que pueden ser consideradas como desencadenantes de un ACV isquémico son: vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos) o invasión de un vaso sanguíneo por un tumor.

De acuerdo a la persistencia de la signo-sintomatología, Simon et al. (2010) diferencian entre ACV Isquémico, Accidente Isquémico Transitorio (AIT) y Déficit Neurológico Isquémico Reversible (ACV menor). En el primero, los signos y síntomas persisten durante al menos 24 horas; en el segundo, se resuelven por completo en períodos más breves (generalmente en 30 minutos); en el tercero, las alteraciones se mantienen durante más de 24 horas, pero se resuelven completamente o casi en su totalidad durante algunos días.

ACV hemorrágico (hemorragia)

Puede producirse por una lesión arterial aguda, generalmente asociada a hipertensión arterial, y principalmente por la ruptura de aneurismas, que son dilataciones de un sector de la pared arterial, causadas por el debilitamiento de la misma y por el efecto de la presión sanguínea. A partir de esta lesión, la sangre se esparce sobre el tejido cerebral, produciendo el aumento de la presión intracraneal. La hemorragia se clasifica, según su localización, en intracerebral, subaracnoidea y subdural.

2.2.b. Períodos clínicos de un ACV

Azcoaga (1991) observa que los procesos fisiopatológicos generados a partir de un ACV dependen de las etapas clínicas de éste, por lo que es indispensable considerarlas. Al respecto, el autor postula diferentes períodos:

- Período agudo: corresponde a las horas o días inmediatos al ACV, de acuerdo a la severidad de la lesión neurológica. Durante este momento, el paciente se encuentra internado, sin pérdida de conocimiento, y manifiesta una intensa inhibición en las funciones del lenguaje.

- Período subagudo: se extiende durante días o semanas, pudiendo estar el paciente internado o no. Gradualmente, reaparecen las funciones correspondientes al lenguaje y se equilibran las condiciones para el reaprendizaje.
- Período de estado: atañe a la estabilización y a veces regresión parcial de los síntomas. Dura entre 6 y 8 semanas.
- Período secuelar: se define luego de un año o más. Corresponde a la estabilización e irreversibilidad de los síntomas y del cuadro.

2.3 ALTERACIONES POST-ACV DESDE UNA MIRADA FONOAUDIOLÓGICA

La presentación clínica de un ACV suele ser muy diversa de acuerdo a ciertos factores como la localización de la lesión, la severidad del cuadro y las particularidades de cada sujeto. En relación a los objetivos de esta investigación, se detallarán a continuación algunos de los trastornos de incumbencia fonoaudiológica que pueden evidenciarse en pacientes que han sufrido esta alteración neurológica: afasia, disartria y disfagia.

2.3.a. Afasia

2.3.a.1. LENGUAJE: PRODUCCIÓN Y COMPRENSIÓN ORAL

Para referirse a la afasia y facilitar su comprensión, es pertinente conceptualizar previamente el lenguaje y describir brevemente su procesamiento fisiológico. El lenguaje oral es “el medio fundamental de comunicación humana, que nos permite tanto la expresión como la comprensión de ideas, pensamientos, sentimientos y actividades”⁸.

La comprensión oral es una actividad que implica la participación de múltiples procesos cognitivos. Su objetivo es acceder al significado de las palabras que constituyen un mensaje, a través de la identificación de los fonemas que lo integran, y posterior reconocimiento de las palabras. El proceso neurológico que permite la comprensión oral comienza en el lóbulo temporal, específicamente en las áreas auditivas primarias. De allí, la información es transmitida al Área de Wernicke que se encarga, según Portellano

⁸ Cuetos V., F. / Neurociencia del Lenguaje: bases neurológicas e implicaciones clínicas. -- Editorial Panamericana. -- Madrid. 2012, p.15.

(2005), de dar significado a los estímulos auditivos del lenguaje, facilitando de esta manera la comprensión del lenguaje oral.

Con respecto a la producción oral, para Cuetos V. (2012) “hablar significa expresar ideas, mensajes, sentimientos, etc. por medio de sonidos”⁹. Para ello, es necesario transformar las ideas o mensajes del formato abstracto (presentes en la mente), al formato lingüístico. Luego se activan los fonemas que constituyen cada palabra, y en el orden adecuado. Finalmente se articulan estos fonemas a través del aparato fonador. Desde el punto de vista del procesamiento neurológico, es en el Área de Broca donde se encuentran los programas motores para dicha articulación. Desde allí, la información es enviada al lóbulo frontal (área motora primaria), particularmente a las fibras corticoespinales que, según Portellano (2005), van a permitir el movimiento de los músculos bucofonatorios, responsables finales de la articulación de las palabras.

2.3.a.2. DEFINICIÓN DE AFASIA

Tal como ha sido expuesto anteriormente, el ACV puede lesionar alguna de las zonas implicadas en la producción y comprensión oral, afectando su procesamiento. Esta alteración en el lenguaje corresponde a una afasia.

Se define a la **afasia** como “un trastorno causado por lesión cerebral que afecta al procesamiento simbólico del lenguaje y se caracteriza por la presencia en grado variable de trastornos de comprensión, expresión, denominación, fluidez y repetición, acompañados por alteraciones en la lectura, la escritura o el cálculo”¹⁰.

González L. y González O. (2012) describen a la afasia desde dos puntos de vista: neurológico y lingüístico. Desde el punto de vista neurológico, obedece a “los trastornos del lenguaje adquiridos, es decir, a los trastornos que son consecuencia de daño cerebral en personas que eran hablantes competentes”¹¹. Desde el punto de vista lingüístico, es “una alteración en la que pueden afectarse de manera selectiva los diferentes niveles de descripción lingüística: fonético, fonológico, morfológico, lexical, sintáctico, pragmático,

⁹ Cuetos V., F. / Op. cit., p.31.

¹⁰ Portellano, J.A. / Op. cit., p.214.

¹¹ González L., P. y González O., B. / Afasia de la teoría a la práctica. -- Editorial Médica Panamericana. -- México D.C. 2012, p.2.

discursivo y semántico, tanto en la expresión como en la comprensión, en las modalidades oral y escrita”¹².

Teniendo en cuenta su etiología, Portellano (2005) determina que la afasia puede deberse a causas muy diversas, aunque regularmente se asocia a accidentes cerebrovasculares y, en menor frecuencia, a traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales o infecciones del sistema nervioso.

2.3.a.3. CLASIFICACIÓN DE LA AFASIA

Con respecto a la clasificación de las afasias, se tomará como referencia la propuesta por Norman Geschwind desde un enfoque neoconexionista, cuyo objetivo es el estudio del funcionamiento de los procesos cognitivos como redes neuronales que trabajan en forma paralela. Esta clasificación, como exponen González L. y González O. (2012), se asienta sobre la presencia o ausencia de cuatro signos:

- Fluidez en la expresión: habilidad de expresarse con facilidad y espontaneidad.
- Comprensión: capacidad para entender el lenguaje oral.
- Denominación: aptitud para nombrar objetos, acciones y sus características.
- Repetición: destreza para repetir el lenguaje oído, ya sea fonemas y sílabas o palabras y frases.

Si bien se trata de una desorganización del lenguaje, Geromini (1995) postula que la afasia constituye una problemática múltiple, debido a que el trastorno lingüístico puede asociarse a:

- Agnosia: “trastorno adquirido en el procesamiento cerebral sensorial complejo que se manifiesta como una dificultad para el reconocimiento de estímulos en ausencia de problemas sensoriales, deterioro mental, inatención o falta de familiaridad con los estímulos”¹³.

¹² González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.3.

¹³ Ibídem, p.144.

- Apraxia: “trastorno en la ejecución intencional de movimientos aprendidos”¹⁴.
- Dificultades respecto al código lectoescrito, matemático y en el cálculo.
- Hemiplejía: “incapacidad de movimiento voluntario de la mitad derecha o izquierda del cuerpo”¹⁵.

Considerando que este conjunto de alteraciones desencadena un grado de dificultad que repercute en el ámbito familiar, laboral y social de quién las padece, se hará mención de los trastornos neurológicos asociados a cada tipo de afasia.

Afasia de Broca (motora o expresiva)

Se produce a partir de una lesión extensa en el área posterior izquierda del lóbulo frontal y en estructuras subyacentes. En esta afasia, según Peña-Casanova y Pérez P. (1995), se destaca un predominio de las alteraciones en la expresión por sobre la comprensión. Ésta última se encuentra relativamente conservada, pudiendo evidenciarse ciertas dificultades para comprender material complejo y de estructuras sintácticas que expresan relaciones.

La elocución es lenta y laboriosa, lo que dificulta que las producciones orales sean fluidas. Desde el aspecto prosódico (entonación y acentuación del lenguaje) se constata aprosodia, que abarca trastornos en el ritmo, acento y entonación, y que se relaciona en este tipo de afasia a la falta de fluidez.

En su discurso, estos pacientes demuestran alteraciones fonéticas, es decir, problemas en la ejecución motora del habla, y alteraciones fonológicas (errores en la selección de los fonemas). Se comunican utilizando palabras sueltas y frases cortas. Con frecuencia sus expresiones son agramáticas, lo que significa que existe una disminución en el uso de palabras de clase cerrada (artículos, pronombres, preposiciones y conjunciones), además de dificultades en la selección de los morfemas gramaticales, tanto flexivos (género, número y conjugaciones verbales) como derivativos (sufijos y prefijos). Por lo tanto, el lenguaje suele definirse como telegráfico.

La repetición de fonemas, palabras y oraciones se encuentra afectada, persistiendo los problemas fonéticos y fonológicos evidentes en la expresión oral espontánea. Por su parte, la denominación del lenguaje también suele presentar alteraciones, como la anomia,

¹⁴ González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.146.

¹⁵ Ibídem, p.151.

que es la dificultad en encontrar o recordar la palabra adecuada para nombrar un objeto, acción o atributo.

En términos generales, González L. y González O. (2012) constatan importantes dificultades para la lectura, que se encuentra condicionada por el problema expresivo general. Frecuentemente, los pacientes son capaces de leer palabras de clase abierta (sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios) pero omiten o sustituyen las de clase cerrada (artículos, pronombres, preposiciones y conjunciones), motivo por el cual se considera que su lectura es agramática. A consecuencia de lo expuesto, y teniendo en cuenta las alteraciones en el aspecto comprensivo del lenguaje, generalmente se evidencian dificultades para comprender el contenido leído.

Las producciones escritas de estos pacientes replican las alteraciones gramaticales propias de la expresión oral, por lo que sus escrituras manifiestan simplificación sintáctica, omisión de palabras de clase cerrada y uso inadecuado de morfemas gramaticales, tanto al dictado como en la escritura espontánea.

La mayoría de los pacientes que cursan con este tipo de afasia presentan otros trastornos neurológicos asociados a las dificultades lingüísticas, como hemiplejía o hemiparesia, definida como “pérdida de fuerza, coordinación y agilidad en los movimientos voluntarios de la mitad derecha o izquierda del cuerpo”¹⁶, generalmente más acentuada en la extremidad superior. Estas alteraciones motrices afectan las estructuras implicadas en la producción del lenguaje, por lo que es importante considerarlas en el abordaje fonoaudiológico.

Afasia de Wernicke (sensorial o receptiva)

Bruna et al. (2011) describen que se origina por una lesión que afecta la parte posterior de la primera circunvolución temporal (área de Wernicke), con extensión posterior. Para Peña-Casanova (2007) predominan, en este tipo de afasia, los trastornos en la comprensión. Se evidencian graves problemas para comprender en todos los niveles (lenguaje conversacional, reconocimiento de palabras, ejecución de acciones a la orden).

En lo que se refiere a la expresión oral, Peña-Casanova y Pérez P. (1995) consideran que se produce con escaso esfuerzo y con una adecuada longitud de la frase, así como su articulación y prosodia. En los casos agudos, puede presentarse una

¹⁶ González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.151.

hiperfluencia, con tendencia a la logorrea, fenómeno por el que los pacientes pueden hablar sin detenerse, a menos que sean interrumpidos por su interlocutor.

El discurso suele distorsionarse ante la presencia de parafasias semánticas (sustitución de una palabra por otra, frecuentemente del mismo campo semántico), parafasias fonológicas (sustitución de uno o más fonemas de una palabra) y neologismos (palabra inexistente), con disminución en el uso de palabras de clase abierta. Este discurso es considerado vacío, debido a que no transmite información relevante y su contenido no guarda relación con el contexto en el que aparece.

Acorde a la severidad de estos síntomas, González L. y González O. (2012) afirman que es frecuente que el lenguaje se torne ininteligible, lo que se conoce como jerga. Sin embargo, la entonación y acentuación están conservadas, por lo que es posible darse cuenta cuando los pacientes hacen una pregunta, exclamación o reclamo, a pesar de que su lenguaje no sea comprensible.

Con respecto a la denominación, se evidencian dificultades severas, con síntomas que abarcan neologismos, parafasias fonológicas y semánticas. Ante la incapacidad para denominar, es probable que el paciente proporcione una descripción del objeto, lo que se conoce como circunloquio.

La sintomatología mencionada anteriormente en relación al aspecto comprensivo se manifiesta también en la tarea de repetición del lenguaje oído. Generalmente, el problema de comprensión dificulta o impide el entendimiento de dicha tarea. Cuando el paciente consigue repetir, es frecuente observar parafasias fonológicas y semánticas, neologismos y jerga.

En relación a la capacidad de lectura, tanto en su verbalización como en su comprensión, se constatan alteraciones. Por su parte, la escritura, tanto dictada como espontánea, refleja las mismas dificultades que el lenguaje oral.

Por último, en lo que respecta a las comorbilidades, generalmente estos pacientes no presentan otros trastornos neurológicos asociados. Sin embargo, Peña-Casanova y Pérez P. (1995) disponen que, en el período agudo, puede manifestarse una discreta paresia o alteración de la sensibilidad.

Afasia de conducción

La alteración se produce por lesiones parietales, específicamente en la circunvolución poscentral y supramarginal, de la corteza auditiva primaria izquierda, de la ínsula y de la sustancia blanca subyacente.

Se caracteriza por un trastorno centrado en la repetición del lenguaje, donde se evidencian parafasias fonológicas y conductas de aproximación y autocorrección, que consisten en una constante búsqueda del adecuado punto y modo articulatorio.

La expresión oral es fluente, con algunas anomias y parafasias fonológicas, sin alteraciones motoras en la articulación. La estructura gramatical del discurso no suele estar afectada: los pacientes logran transmitir la información que desean, con una acentuación y entonación adecuada.

La comprensión del lenguaje en estos casos está relativamente preservada, pudiendo manifestarse dificultades en la comprensión de material complejo, especialmente en el nivel morfosintáctico.

En cuanto a la denominación, principalmente si se trata de palabras de baja frecuencia, es característico observar anomias, parafasias fonológicas, y rara vez parafasias semánticas.

Con respecto a la lectoescritura, se observa que las dificultades del paciente para la repetición se replican en la lectura en voz alta; la comprensión del material leído suele ser buena, sobre todo para la lectura en silencio. En la escritura se evidencian paragrafias literales, es decir, cambio de una o más de las grafías de una palabra.

Finalmente, Peña-Casanova y Pérez P. (1995) reconocen que, en general, no se evidencian otros trastornos neurológicos asociados a la afasia de conducción. Ocasionalmente, los pacientes presentan paresia y/o trastornos sensitivos, que pueden ser de carácter transitorio. Se puede observar también apraxia ideatoria, definida como la “incapacidad de llevar a cabo una serie de acciones coordinadas hacia un fin específico”¹⁷.

¹⁷ González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.146.

Afasia motora transcortical

Desencadenada por una “lesión anterior o superior al área de Broca, con extensión subcortical”¹⁸.

Se caracteriza por un lenguaje expresivo espontáneo muy reducido, breve y carente de fluidez, que se realiza de manera lenta y esforzada. Es frecuente observar ecolalia (los pacientes incorporan a su lenguaje palabras y frases utilizadas por su interlocutor), estereotipos (una o varias palabras, usualmente sin significado, que se utilizan de manera automática e involuntaria) y parafasias, especialmente fonológicas. La falta de fluidez verbal trae como consecuencia la presencia de aprosodia.

Con respecto a la estructuración del lenguaje, se observa simplificación sintáctica, lo que significa que las oraciones que el paciente produce suelen ser simples, con escasa complejidad gramatical y, ocasionalmente, con omisiones de algunas palabras de clase cerrada.

La comprensión del lenguaje oral de los pacientes que cursan con afasia motora transcortical se encuentra relativamente preservada, pudiendo constatarse dificultades centradas en materiales complejos y secuenciales.

En la denominación pueden observarse alteraciones ligeras, como anomias, parafasias fonológicas y perseveraciones, que es la “aparición de una respuesta previa ante un estímulo nuevo sin control voluntario del paciente”¹⁹. La repetición del lenguaje no suele remitir dificultades.

En relación a la lectoescritura, la lectura oral y la comprensión de lo leído se encuentran mínimamente afectadas, excepto cuando se trata de materiales gramaticalmente complejos. Así como en el lenguaje espontáneo, en la escritura persisten la simplificación sintáctica y las perseveraciones.

Teniendo en cuenta que en este tipo de afasia la lesión es cercana a la corteza motora primaria, es frecuente observar hemiplejía o hemiparesia derecha, pudiendo afectar la ejecución de los trazos en la escritura.

¹⁸ González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.36.

¹⁹ Ibídem, p.154.

Afasia sensorial transcortical

Obedece a una lesión en la “parte posterior de la circunvolución temporal media, la circunvolución angular y la corteza occipital anterior”²⁰. Se caracteriza por un defecto claro en la comprensión del lenguaje, con una repetición relativamente preservada y expresión fluente. La articulación, estructuración gramatical y marcas prosódicas suelen estar intactas. Sin embargo, el discurso transmite muy poca información relevante, pudiendo presentar parafasias semánticas, ecolalias y neologismos.

En la denominación, generalmente se evidencian parafasias semánticas, neologismos y circunloquios. Por su parte, la repetición del lenguaje es adecuada, a pesar de que el paciente no logre comprender. Dicha característica constituye la distinción más clara entre este tipo de afasia y la afasia de Wernicke.

La lectura en voz alta suele estar conservada, pudiendo presentarse neologismos y parafasias semánticas. Sin embargo, los pacientes no logran comprender el contenido del texto. La escritura es ininteligible con poco contenido, múltiples paragrafias y neologismos, lo que se conoce como jerga agráfica. En algunas ocasiones, se observa la conservación de los automatismos (escritura de su nombre o de palabras de alta frecuencia).

Por último, Peña-Casanova y Pérez P. (1995) establecen la posibilidad de que la afasia sensorial transcortical se asocie a trastornos sensitivos en el hemisferio contralateral a la lesión y a alteraciones en los campos visuales.

Afasia mixta transcortical

Desencadenada como consecuencia del “aislamiento del área perisilviana. Este tipo de daño se produce por lesiones difusas o multifocales que interrumpen las conexiones entre las regiones anteriores y posteriores del lenguaje”²¹. Consiste en una alteración grave en todas las funciones lingüísticas, a excepción de la capacidad de repetir que, si bien se encuentra limitada, es la habilidad que mejor se preserva. Esta es la característica más distintiva entre este tipo de afasia y la afasia global.

El lenguaje espontáneo puede ser nulo (mutismo) o muy reducido, afectando en consecuencia los patrones prosódicos; la producción oral es casi exclusivamente

²⁰ González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.38.

²¹ Ibídem, p.39.

ecolálica, automática e involuntaria, pero con una articulación sorprendentemente clara. Con frecuencia, la comprensión del lenguaje se encuentra severamente comprometida.

Por su parte, la denominación está gravemente alterada y, en caso de haber alguna respuesta, se producen neologismos y estereotipos.

En cuanto a la lectoescritura, es frecuente observar alexia y agrafia de grado severo. Portellano (2005) define a la primera como “la alteración en la comprensión del lenguaje escrito causada por daño cerebral adquirido”²², y a la segunda como la “dificultad adquirida para la escritura o para el deletreo de palabras”²³.

Este tipo de afasia, para Peña-Casanova y Pérez P. (1995), puede acompañarse de dificultades en los campos visuales, hemiplejía y hemihipoestesia, que es un “trastorno de la sensibilidad corporal de la mitad derecha o izquierda del cuerpo”²⁴.

Afasia anómica

Es consecuencia de una lesión en las circunvoluciones temporales media e inferior izquierdas, en su parte media y posterior. Se caracteriza por un déficit en la denominación, en ausencia de alteraciones considerables en otros dominios del lenguaje oral.

La expresión oral es fluente, bien articulada y gramaticalmente correcta. Peña-Casanova (2007) establece que generalmente se evidencia un empobrecimiento de nombres y sustantivos, dando lugar a un discurso poco informativo, con pausas secundarias a la dificultad para encontrar palabras y circunloquios.

Por su parte, los niveles articulatorio, morfosintáctico y prosódico no manifiestan alteraciones. De la misma manera, tanto la comprensión como la repetición del lenguaje se encuentran prácticamente indemnes.

Para finalizar, la afasia anómica generalmente no se asocia a otras alteraciones neurológicas.

Afasia global

Corresponde a la forma más grave de afasia, ya que afecta a todas las modalidades del lenguaje. “Es el resultado de una destrucción masiva de las zonas del lenguaje del

²² Portellano, J.A. / Op. cit., p.220.

²³ Ibídem, p.220.

²⁴ González L., P. y González O., B. / Op. cit., p.151.

hemisferio izquierdo, que engloba el área de Broca y de Wernicke. También puede ser consecuencia de lesiones subcorticales masivas que desconecten las áreas del lenguaje”²⁵.

Con respecto a la expresión oral, González L. y González O. (2012) detallan que todos los niveles lingüísticos, desde el fonético al discursivo, están severamente afectados; la producción carece de fluidez, y es frecuente el mutismo. En algunos casos se observan estereotipos, que pueden ser neologismos o palabras reales. Sin embargo, estas emisiones se articulan de manera correcta, sin variaciones prosódicas.

Si bien puede haber respuesta a órdenes simples o palabras de alta frecuencia, la comprensión oral de estos pacientes manifiesta serias dificultades, e incluso puede que no reconozcan cuando un interlocutor se dirige a ellos.

Por lo general, la denominación y repetición resultan nulas; en ambos casos es frecuente observar balbuceos ininteligibles y estereotipos.

En cuanto a la lectoescritura, se evidencia alexia y agrafia severa. Esta afasia se asocia con frecuencia a la hemiplejía derecha masiva, lo que agrava el cuadro de agrafia. También se relaciona comúnmente con alteraciones sensitivas visuoperceptuales y apraxia del lado izquierdo del cuerpo.

2.3.b. Disartria

En el mecanismo de producción de habla se llevan a cabo movimientos rápidos y precisos de labios, lengua, mandíbula, velo del paladar, laringe, músculos intercostales y diafragma. Es el cerebro el encargado de que, tanto los movimientos de los músculos como de las articulaciones de estas estructuras, sean programados y coordinados. Por ello, cuando ocurre una lesión cerebral, el habla puede tornarse ininteligible, lo que se conoce como **disartria**. Continuando con la descripción de las alteraciones de incumbencia fonoaudiológica en pacientes que han sufrido un ACV, se define a esta alteración como:

“Afectación neurológica del sistema nervioso central y/o periférico que produce dificultades en la programación o la ejecución motora dando lugar a la presencia de alteraciones en el recorrido muscular, la fuerza, el tono, la velocidad y la precisión de los

²⁵ Peña-Casanova, J. y Pérez P., J. / Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. -- Editorial Masson. -- Barcelona. 1995, p.81.

movimientos realizados por la musculatura de los mecanismos que participan en la producción, esto es, en la respiración, la fonación, la articulación y la resonancia”²⁶.

Por su parte, González y Bevilacqua (2012) la describen como “un trastorno motor del habla de origen neurológico que está caracterizado por lentitud, debilidad, imprecisión, incoordinación, movimientos involuntarios y/o alteración del tono de la musculatura implicada en el habla”²⁷.

Independientemente de la causa que la origine, la alteración motora oro-facial de una disartria compromete significativamente la capacidad para comunicarse oralmente. Según su severidad, puede ir desde una alteración leve a una emisión única de sonidos inarticulados.

Ante una lesión cerebral, Melle (2007) determina que, dependiendo de la zona afectada y su extensión, el paciente puede presentar disartria de forma aislada o acompañada de otras patologías como afasia, disfagia o apraxia verbal. Dicha autora define a la apraxia verbal como una “alteración en la planificación fonético-motora del habla, es decir, una dificultad para seleccionar y secuenciar patrones motores de la lengua, los labios, la laringe, etc., que transforman los sonidos del lenguaje en un código motor que será ejecutado”²⁸.

2.3.b.1. TIPOS DE DISARTRIA

A continuación, se describe la clasificación de disartrias propuesta por Melle (2007), donde se consideran los aspectos neuroanatómicos relacionados con la lesión y las características patológicas del habla.

Disartria espástica y de la motoneurona superior unilateral

Causadas por lesiones en la vía piramidal y extrapiramidal, quienes constituyen la motoneurona superior. Se produce un incremento en la resistencia al flujo del aire como consecuencia del aumento en el tono de los músculos laríngeos, lo que genera un habla lenta y emisión de frases cortas, con voz ronca, de tono bajo y monótono. Es frecuente la

²⁶ Melle, N. / Guía de intervención logopédica en disartria. -- Editorial Síntesis. -- Madrid. 2007, p.13.

²⁷ González, R. y Bevilacqua, J. / Las disartrias -- Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2012;23:299-309. en <https://www.academia.edu/download/48176745/disartrias.pdf> (20/02/21), p.299.

²⁸ Melle, N. / Op. cit., p.13.

imprecisión en articular sonidos consonánticos, y las interrupciones tonales o respiratorias.

Disartria flácida

Provocada por lesiones en la motoneurona inferior. La respiración del paciente es jadeante, produciendo sonido al aspirar. Su voz suele ser hipernasal y rinolálica, debido a la existencia de parálisis del músculo elevador del paladar. También se evidencia una intensa fatigabilidad en el habla, volumen bajo de la voz y trastornos deglutorios.

Disartria atáxica

La lesión se encuentra en el cerebelo o en alguna de sus vías aferentes o eferentes. Esto explica la dificultad para coordinar movimientos complejos de grupos musculares que participan en el habla. De acuerdo a lo planteado por Portellano (2005), es común que aparezcan hipotonía, movimientos oculares irregulares y disfunción faríngea con aspereza y monotonía en la voz. El habla escandida, con articulación lenta es característica de este tipo de disartrias.

Disartria hipocinética

Consecuencia de lesiones en el SNP, específicamente en los ganglios basales, o en sus haces neuronales aferentes y eferentes. Debido a la pérdida de flexibilidad y control de los centros faríngeos, se evidencia falta de inflexión y emisión de frases cortas. La voz puede ser débil y monótona, con una articulación defectuosa.

Disartria hipercinética

También se asocia a lesiones en los ganglios basales. Aparecen movimientos involuntarios en reposo, durante posturas sostenidas o mientras se realizan movimientos voluntarios, que pueden afectar la respiración, resonancia y articulación de la voz.

Disartria mixta

Para González y Bevilacqua (2012), la disartria mixta es consecuencia de alteraciones en dos o más sistemas implicados en la producción del habla. Por ello, sus características se corresponden a una combinación de los aspectos presentados anteriormente. Dichos autores reconocen tres tipos:

- Disartria mixta espástica-flácida: debida a un defecto combinado de la motoneurona superior e inferior. Se observan movimientos lentos, limitados y con espasticidad, determinados por parálisis o paresia. Las emisiones suelen ser lentas, con distorsión consonántica y vocálica, frases breves, voz áspera, con intensidad y tonalidad monótona, prolongados intervalos e hipernasalidad.
- Disartria mixta espástica-atáxica-flácida: se lesiona la motoneurona superior, inferior y los circuitos cerebelosos. El habla es lenta, con voz áspera y quiebres articulatorios irregulares. Hay lentitud y limitación en el rango de los movimientos, de tipo espásticos, así como paresia y ataxia.
- Disartria espástica-atáxica-hipocinética: compromiso de la motoneurona superior y los circuitos cerebelosos y extrapiramidal. Se manifiesta con temblor de intención, rigidez, espasticidad y lentos movimientos. Las producciones son monotonales y lentas, con distorsión consonántica, pudiendo presentarse excesiva o reducida acentuación. También frecuentemente aparecen quiebres articulatorios irregulares.

2.3.c. *Disfagia*

Por último, la **disfagia** es otro de los trastornos pertinentes a la rehabilitación fonoaudiológica de pacientes que han sufrido un ACV. Se define como la “dificultad o molestia en el transporte de saliva y del bolo alimenticio en sus estados líquido o sólido desde la boca hacia el estómago”²⁹. Puede acompañarse de otras complicaciones como desnutrición, deshidratación o trastornos respiratorios.

2.3.c.1. **DEGLUCIÓN**

Para una adecuada comprensión de la disfagia, es necesaria la previa explicación de la fisiología del acto deglutorio normal.

A este fin, se considera la definición de **deglución** propuesta por Marmouset et. al (2015), como “el paso de los alimentos desde la cavidad bucal hasta el estómago”³⁰. Cámpora y Falduti (2014) detallan que es un mecanismo complejo logrado gracias a

²⁹ Cámpora, H. y Falduti, A. / Deglución de la A a la Z. Fisiopatología, evaluación y tratamiento. -- Editorial El Ateneo. -- Buenos Aires. 2014, p.47.

³⁰ Marmouset, F., Hammoudi, K.; Bobillier, C. y Morinière, S. / Fisiología de la deglución normal -- Revista EMC – Otorrinolaringología. 2015;44(3):1-12. en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1632347515727529> (03/06/21), p.1.

fuerzas, movimientos y presiones de estructuras musculares, óseas y cartilaginosas localizadas dentro del complejo orofaringolaríngeo, que involucra al sistema neurológico, digestivo y respiratorio.

Etapas de la deglución

El proceso deglutorio se divide en cuatro etapas, cuya eficacia depende de un sistema valvular que asegura la coordinación y sincronismo de dicho proceso. Con el fin de explicar dichas fases, se tomará como referencia la clasificación propuesta por Cámpora y Falduti (2014):

1. Oral preparatoria: es voluntaria y, según la consistencia del alimento, de duración variable. Comienza con la introducción del alimento en la boca y el sellado de los labios (1ª válvula). La comida se mezcla con saliva para la formación del bolo alimenticio (ciclo masticatorio). Las acciones neuromusculares de esta fase, según Lizzi et al. (2014), se encuentran reguladas por los pares craneales V (trigémino), VII (facial), X (neumogástrico) y XII (hipogloso).
2. Oral: es de control voluntario, dura aproximadamente un segundo y se encuentra regulada por el XII par craneal. La punta de la lengua asciende hasta contactar con el paladar duro, transportando el bolo alimenticio ya formado hacia la parte posterior de la cavidad oral, denominada velo lingual (2ª válvula). El músculo palatogloso se contrae, produciendo así el cierre de dicho sector. En consecuencia, se genera una zona de presión negativa que permite el traslado del alimento hacia el istmo de las fauces. Cuando el bolo llega a la zona de receptores del reflejo disparador deglutorio (RDD), comienza la etapa faríngea.
3. Faríngea: es involuntaria y puede durar hasta un segundo. Una vez iniciada la respuesta del RDD, el velo del paladar (3ª válvula) asciende, produciendo el cierre nasofaríngeo. En esta etapa, de acuerdo a lo que plantea Lizzi et al. (2014), el control neural está a cargo de los pares craneales IX (glossofaríngeo), X, XI y XII.

Cámpora y Falduti (2014) detallan que, durante la etapa faríngea, ocurren precisos mecanismos de protección para que las vías aéreas estén seguras y libres de posibles penetraciones o aspiraciones, y que se desencadenan de manera simultánea:

- Inhibición central de la respiración: en el momento de deglutir, se interrumpe la respiración (apnea) por acción directa del tronco encefálico, donde se encuentra el centro neurológico deglutorio.
- Protección mecánica de la vía aérea: se lleva a cabo a través de cuatro mecanismos:
 - Cierre cordal: la laringe se cierra en tres niveles: en un primer nivel, las cuerdas vocales verdaderas obturan la glotis; en segundo nivel, las cuerdas falsas; y en tercer nivel, el pliegue anterior del aritenoides choca contra la epiglotis para cerrar el orificio laríngeo.
 - Ascenso laríngeo y descenso de la epiglotis: la laringe efectúa movimientos de traslación a partir del desplazamiento del hueso hioides mediante la musculatura suprahioidea. El ascenso de este hueso, junto con los músculos ariepiglótico y tiroepiglótico, ayudan al descenso de la epiglotis, favorecido por el peso y desplazamiento del bolo.
 - Presión positiva subglótica: cuando se dispara el reflejo deglutorio y se cierra la laringe, debajo de la glotis se instaura una columna de aire a presión positiva.
 - Mecanismo de la tos: es la reacción sensitiva a la penetración o aspiración de diferentes materiales dentro del torrente respiratorio. Se define penetración al “ingreso del material orofaríngeo dentro del vestíbulo laríngeo sin atravesar el plano glótico”³¹. Se denomina aspiración cuando el material orofaríngeo ingresa a la vía aérea y atraviesa el plano glótico. La ausencia de tos no significa ausencia de aspiración, ya que esta puede ser silenciosa y pasar inadvertida debido a una alteración en el reflejo tusígeno.

Cuando la laringe asciende, el espacio faríngeo se abre. Este movimiento laríngeo provoca el descenso de la epiglotis y el cierre de la glotis (4ª válvula). El bolo alimenticio

³¹ Cámpora, H. y Falduti, A. / Op. cit., p.39.

se desliza hacia la faringe que, mediante sus músculos semicirculares, producirá un canal de traslado. La compresión de los constrictores faríngeos 1º, 2º y 3º genera una onda peristáltica, que finaliza con el contacto del alimento en el esfínter esofágico superior (EES) (5ª válvula). Al finalizar la etapa faríngea, el bolo alimenticio se sitúa en la faringe distal; el constrictor inferior lo empuja hacia abajo para que contacte con el EES, que se relaja permitiendo el paso del alimento al esófago. Posteriormente, el esfínter aumenta de manera brusca su tono para oponerse al reflujo gastroesofágico.

4. Esofágica: es involuntaria, su duración es de ocho a diez segundos y se encuentra bajo control cortical del X par craneal. Las contracciones musculares (peristaltismo esofágico) impulsan el bolo alimenticio hacia la parte distal del esófago. Allí, el esfínter esofágico inferior (EEI) regula la entrada al estómago. De esta manera, la deglución llega a su fin y comienza el largo proceso de la digestión.

Control neural de la deglución

En lo que respecta al control nervioso de la deglución, Bleeckx (2012) especifica que es el tronco cerebral quien recibe los núcleos de los pares craneales implicados en la función alimentaria, gracias a sus inervaciones sensitivas y motoras. Por su parte, St. Guily et al. (2005) reconocen que “el centro bulbar de la deglución comprende la región dorsal organizadora (núcleo del fascículo solitario) y la región ventral efectora (núcleo ambiguo), rodeadas ambas por la formación reticular”³². Es allí donde se reúnen conexiones nucleares y supranucleares de los centros respiratorio, fonatorio y deglutorio. El cerebelo establece la perfecta coordinación entre la respiración y la deglución, mientras que los núcleos grises se encargan de asegurar la sincronización de todo el proceso deglutorio.

2.3.c.2. CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA

Las etapas deglutorias pueden producirse con mayor lentitud y menor fuerza para propulsar el bolo alimenticio, alterando la coordinación requerida para la deglución. El grado de severidad depende de la calidad de ingesta por parte del paciente y la necesidad de asistencia terapéutica de alimentación. Puede ir desde una leve dificultad para deglutir

³² St Guily, J. L.; Périé, S.; Bruel, M.; Roubeau, B.; Susini, B., y Gaillard, C. / Trastornos de la deglución del adulto. Diagnóstico y tratamiento -- Revista EMC-Otorrinolaringología. 2005;34(3):1-19. en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1632347505442885> (26/01/21), p.3.

alimentos, con necesidad de aplicar técnicas específicas, hasta la ausencia de ingesta oral, donde el paciente debe nutrirse por métodos alternativos, como la sonda nasogástrica (tubo de plástico que se introduce por la nariz, pasando por el esófago hasta el estómago) y la gastrostomía endoscópica percutánea, que consiste en la “colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal”³³.

Teniendo en cuenta la etapa de deglución afectada, Cámpora y Falduti (2014) clasifican la disfagia en:

Disfagia orofaríngea

“Dificultad o molestia en la formación y traslado del bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago”³⁴. Es consecuencia de una disfunción entre las etapas oral preparatoria, oral o faríngea. En las dos primeras, pueden manifestarse desde alteraciones en la articulación temporomandibular (ATM), afectando la masticación y formación del bolo, hasta una falta de activación del RDD. En la última, algunas complicaciones que pueden aparecer van desde dificultades en el cierre del velo nasofaríngeo, que determina el paso de alimentos a la nasofaringe, alteraciones en la propulsión y transferencia del bolo, dolor al deglutir (odinofagia), hasta déficit de apertura del EES o falta de coordinación entre dicha apertura y el restablecimiento del ciclo respiratorio.

Disfagia esofágica

Es definida como la “dificultad en el traslado del bolo alimenticio desde el EES hacia el estómago, como consecuencia de alteraciones en el cuerpo esofágico o del esfínter esofágico inferior (EEI)”³⁵. La sintomatología comienza varios segundos después de la deglución, pudiendo encontrarse alteraciones en el peristaltismo esofágico y en el EEI.

2.3.c.3. DISFAGIA NEUROGÉNICA

La alteración deglutoria en un paciente neurológico, que ocurre como consecuencia de disfunción o lesión del sistema nervioso central o periférico, o de la

³³ Pereira, C. J. L. y García, L. P. P. / Gastrostomía endoscópica percutánea -- Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2010;102(10):609. en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010001000010&lng=es&tlng=es (28/05/21), p.609.

³⁴ Cámpora, H. y Falduti, A. / Op. cit., p.48.

³⁵ Ibídem, p.49.

unión neuromuscular, recibe el nombre de disfagia neurogénica. En tal caso, se afecta la secuencia coordinada de las distintas etapas deglutorias, siendo la neumonía aspirativa una de las principales dificultades.

Específicamente, al producirse un ACV, las lesiones a diferentes niveles del SNC pueden llegar a generar trastornos deglutorios. Cámpora y Falduti (2014) detallan: reducción en el control lingual, dificultad para transportar el bolo alimenticio y retraso o ausencia del RDD en la etapa oral preparatoria. También es frecuente la hemiparesia laríngea con reducida aducción glótica, parálisis unilateral de la faringe y reducción de la movilidad faríngea.

De acuerdo a la localización del ACV, González y Bevilacqua (2009) plantean que las dificultades deglutorias secundarias a la lesión son más severas cuando se compromete el tronco encefálico, más específicamente el bulbo raquídeo, debido a que allí se encuentran las estructuras involucradas en el control automático de la deglución. En estos casos se afecta principalmente la fase faríngea, con alteraciones sensitivas y motoras que repercuten en la función de la glotis. Sin embargo, Cámpora y Falduti (2014) concluyen que los trastornos deglutorios consecuentes a un ACV tienen generalmente buen pronóstico.

2.4. ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD

A partir de los conceptos anteriores que especifican la complejidad de un ACV, se concluye que el abordaje de los pacientes con dicho diagnóstico debe ser en forma integrada e interdisciplinar. Al respecto, López y Romero (2010) consideran que, en estos casos, el objetivo del trabajo interdisciplinario es lograr la mayor autonomía personal del paciente en las actividades de la vida diaria, tanto en las básicas (alimentación, aseo, control de esfínteres, etc.) como en las instrumentales (usar el teléfono, manejar dinero, cocinar, tomar decisiones, etc.).

En este contexto, es necesario aclarar el alcance del concepto interdisciplinar. Siguiendo las afirmaciones de García (2006), “la interdisciplina supone la integración de

diferentes enfoques disciplinarios, para lo cual es necesario que cada uno de los miembros de un equipo de investigación sea experto en su propia disciplina”³⁶.

Dentro del equipo interdisciplinario, sus miembros tienen la responsabilidad de delimitar el problema compartiendo un marco conceptual común, a partir de una comunicación constante que permita la retroalimentación y toma de decisiones en conjunto, articulando los conocimientos de cada dominio y llevando a cabo su trabajo con integración y cohesión.

Específicamente, dentro del área de la salud, se intenta lograr acuerdos que tiendan a restituir la unidad de un paciente que ha debido ser “fraccionado” por los procedimientos de estudio característicos de las diferentes especialidades. En este punto, Valverde et al. (2012) determinan que la participación de las diferentes disciplinas es necesaria para la atención resolutoria de problemas y menesteres relativos a la salud, en todos los niveles de atención: curativo, rehabilitatorio, preventivo de enfermedades o promocional de la salud.

Por lo dicho anteriormente, se considera fundamental el abordaje interdisciplinario que permitirá un consenso en relación al diagnóstico del paciente, y pondrá a la vista los acuerdos y desacuerdos principales entre los miembros del equipo. En relación a lo expuesto, Azcoaga (1991) afirma que sus integrantes deben lograr tanto la capacidad de hacerse oír y fundamentar sus puntos de vista, así como de poder escuchar y comprender los puntos de vista de los demás.

Retomando lo planteado acerca de la complejidad de un ACV, los miembros que conforman el equipo interdisciplinario encargado del abordaje de los pacientes con el diagnóstico mencionado son: médico/a neurólogo/a, médico/a neurocirujano/a, médico/a psiquiatra, kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo/a y fonoaudiólogo/a.

2.4.a.1. ROL DEL FONOAUDIÓLOGO/A

En el marco de análisis de la complejidad que implica la clínica fonoaudiológica como consecuencia de un ACV, es imprescindible el rol del profesional fonoaudiólogo con un accionar temprano y oportuno. Considerando las áreas de incumbencias

³⁶ García, R. / Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. -- Editorial Gedisa. -- Barcelona. 2006, p.32.

fonoaudiológicas en las alteraciones detalladas en este trabajo, el paciente puede ser diagnosticado con disfagia, afasia o disartria, o puede presentar más de uno de estos diagnósticos fonoaudiológicos. Cuando esto sucede, dicho profesional determinará cuál es el aspecto de mayor relevancia o implicancia en cada caso, jerarquizando de esta manera el abordaje de cada paciente.

Es en este punto donde resulta fundamental, a los fines de la presente investigación, la descripción del rol fonoaudiológico. La Ley Nacional N° 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología (2020), recientemente aprobada, establece en el Capítulo II Artículo 2°:

“Se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje”³⁷.

En el caso de pacientes que han sufrido un ACV, y con el objetivo de pronosticar sus posibilidades de recuperación, el profesional fonoaudiólogo junto al equipo interdisciplinario deben considerar no solo la lesión que ha producido el ACV y sus manifestaciones clínicas, sino también las reacciones afectivas que puede tener la persona ante su problema, así como el hecho de que se encuentra en un entorno familiar y social. Al respecto, Peña-Casanova y Pérez P. (1995) consideran determinadas variables que inciden en el abordaje terapéutico, tales como: etiología de la lesión, edad, sexo, defectos asociados, medio social, motivación, estado psicológico, entre otras.

³⁷ Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. -- en Boletín Oficial de la República Argentina del día 27 de octubre de 2020. -- Buenos Aires. -- en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027> (03/12/2020), p.4.

3. PROBLEMA

¿Cómo es el perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular (ACV) tomando en consideración los siguientes aspectos: edad, sexo, tipo de ACV, agente de derivación, motivo de interconsulta fonoaudiológica y diagnóstico fonoaudiológico, con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el período julio - diciembre 2019?

4. VARIABLES

Variable 1: Edad.

Clasificación:

- Según su rol: independiente.
- Según su naturaleza: cuantitativa.
- Según su escala de medición: de razón.

Definición conceptual:

Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

Definición operacional:

Años cumplidos según registro de la planilla de pedido de interconsulta al área de fonoaudiología.

Modalidades:

- Menor a 51 años.
- Entre 51 y 70 años.
- 71 años o más.

Indicadores:

- Datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

Variable 2: Sexo.

Clasificación:

- Según su rol: independiente.
- Según su naturaleza: cualitativa.
- Según su escala de medición: nominal.

Definición conceptual:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Modalidades:

- Femenino.
- Masculino.

Indicadores:

- Datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

Variable 3: Tipo de ACV.

Clasificación:

- Según su rol: independiente.
- Según su naturaleza: cualitativa.
- Según su escala de medición: nominal.

Definición conceptual:

El ACV “es un trastorno en la circulación sanguínea cerebral, frecuentemente de inicio súbito. Puede ser isquémico, cuando se produce una reducción en el flujo de sangre, o hemorrágico, en caso de producirse un sangrado”³⁸.

Definición operacional:

Cuando el ACV es producto de la interrupción del flujo sanguíneo a una región del cuerpo o el cerebro, se denomina ACV isquémico. Cuando resulta de la ruptura de un vaso sanguíneo cerebral, se designa ACV hemorrágico, según registro de la planilla de pedido de interconsulta.

Modalidades:

- Isquémico.
- Hemorrágico.

³⁸ Ardila, A.; Arocho L., J. L.; Labos, E. y Rodríguez I., W. / Diccionario de Neuropsicología. -- 2015. en <https://biblioteca.ucatolica.edu.co/ucatolica/diccionario-neuropsicologia.pdf> (16/04/21), p.1.

Indicadores:

- Datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

Variable 4: Agente de derivación.

Clasificación:

- Según su rol: independiente.
- Según su naturaleza: cualitativa.
- Según su escala de medición: nominal.

Definición conceptual:

Profesional que realiza la derivación del paciente al servicio de fonoaudiología.

Definición operacional:

Profesional que solicita la interconsulta fonoaudiológica, según registro de la planilla de pedido de interconsulta.

Modalidades:

- Médico/a Neurólogo/a.
- Médico/a Neurocirujano/a.
- Médico/a Clínico/a.
- Otro/a profesional: incluye a Nutricionista, Kinesiólogo/a, Terapeuta Ocupacional u otro/a profesional de la salud.

Indicadores:

- Datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

Variable 5: Motivo de interconsulta fonoaudiológica.

Clasificación

- Según su rol: independiente.
- Según su naturaleza: cualitativa.

- Según su escala de medición: nominal.

Definición conceptual:

Razón por la cual el agente de derivación realiza el pedido de interconsulta con el profesional fonoaudiólogo.

Definición operacional:

Razones que justifican la interconsulta fonoaudiológica, según datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

Modalidades

- Dificultades en la articulación: incluye dificultades en la articulación, disartria o dificultades en el habla.
- Dificultades en la deglución: incluye dificultades en la deglución, alimentación por sonda nasogástrica, disfagia o aspiraciones.
- Dificultades en el lenguaje: incluye trastornos en la expresión y/o comprensión, dificultades en el lenguaje y/o comunicación o afasia.
- Otras dificultades motoras y/o sensoriales: incluye hemiparesia, hemiplejía o parálisis facial.

Indicadores:

- Datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

Variable 6: Diagnóstico fonoaudiológico

Clasificación:

- Según su rol: independiente.
- Según su naturaleza: cualitativa.
- Según su escala de medición: nominal.

Definición conceptual:

Conclusión a la que el profesional fonoaudiólogo arriba luego de recoger y analizar datos en la instancia de evaluación, y que lo orienta hacia el abordaje terapéutico.

Definición operacional:

Diagnóstico fonoaudiológico establecido por el profesional fonoaudiólogo, según datos de la planilla de pedido de interconsulta.

Modalidades:

- Disartria.
- Disfagia.
- Afasia.

Indicadores:

- Datos registrados en la planilla de pedido de interconsulta.

5. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de la investigación está comprendida por 110 pacientes con alteraciones neurológicas con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, internados en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, en el segundo semestre del año 2019.

Se consideraron los siguientes criterios:

- ✓ Criterios de inclusión: pacientes internados con diagnóstico médico de ACV, con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología.
- ✓ Criterios de exclusión: pacientes con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología con diagnóstico médico de otras patologías neurológicas (traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer, meningitis, esclerosis lateral amiotrófica, epilepsia, tumor cerebral, entre otras), o que no cuenten con la totalidad de datos.

Diagnóstico médico	Nº de pacientes	% de pacientes
ACV.	54	49,1%
Otro diagnóstico.	55	50%
S/D.	1	0,9%
Total	110	100%

Nota: S/D (sin datos)

En síntesis, se trabajó con 54 pacientes con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, internados con diagnóstico de ACV en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el segundo semestre del año 2019.

6. PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Diseño

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Es de carácter descriptivo porque busca determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que se investigan en la población; es transversal porque se analizan dichas variables simultáneamente en un determinado momento; y es retrospectivo porque examina hechos ocurridos con anterioridad a la investigación (Pineda et al., 1994).

Procedimiento, técnicas e instrumentos

En principio, es preciso aclarar que este trabajo se enmarca en el contexto de pandemia por COVID-19, que derivó en un período de aislamiento social, preventivo y obligatorio.

A fin de cumplir con los objetivos planteados en esta investigación, fue necesario acudir a una ciudad cercana que brindara atención a los pacientes con diagnóstico de ACV, y cuyo abordaje se realizara en equipos interdisciplinarios de ámbito público que incluyeran al profesional fonoaudiólogo.

Las restricciones vigentes a raíz de la pandemia condujeron a una modificación de las estrategias de trabajo, razón por la cual se tomó contacto con dos Licenciadas en Fonoaudiología del Hospital San Martín (Paraná, Entre Ríos) de manera virtual, gestionando reuniones bajo la misma modalidad.

A partir de estos encuentros virtuales, las profesionales orientaron acerca de la documentación a presentar ante los miembros del hospital, encargados de las autorizaciones necesarias para la obtención de los datos pertinentes a la realización de esta tesina. Dichas autorizaciones fueron enviadas vía mail, y se realizó el seguimiento mediante llamadas telefónicas al nosocomio.

El tiempo transcurrido entre la solicitud de autorización y el acceso a los datos fue de 4 (cuatro) meses. Cumplido este período, y dadas las circunstancias anteriormente

mencionadas, se acordó que dichos datos fuesen enviados vía mail, evitando así asistir al hospital.

La fuente de información es secundaria, ya que se obtuvo de forma indirecta por medio de las planillas de pedidos de interconsulta al área de fonoaudiología. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección, basada en los datos que registra el servicio de fonoaudiología, y relevamiento de dichos datos.

7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de las planillas de pedido de interconsulta fonoaudiológica se presentan en cuadros y gráficos, exponiendo un análisis univariado y bivariado de las variables. Los mismos se encuentran en el apartado “Contexto de Realidad”.

B. CONTEXTO DE REALIDAD

1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

CUADRO N° 1

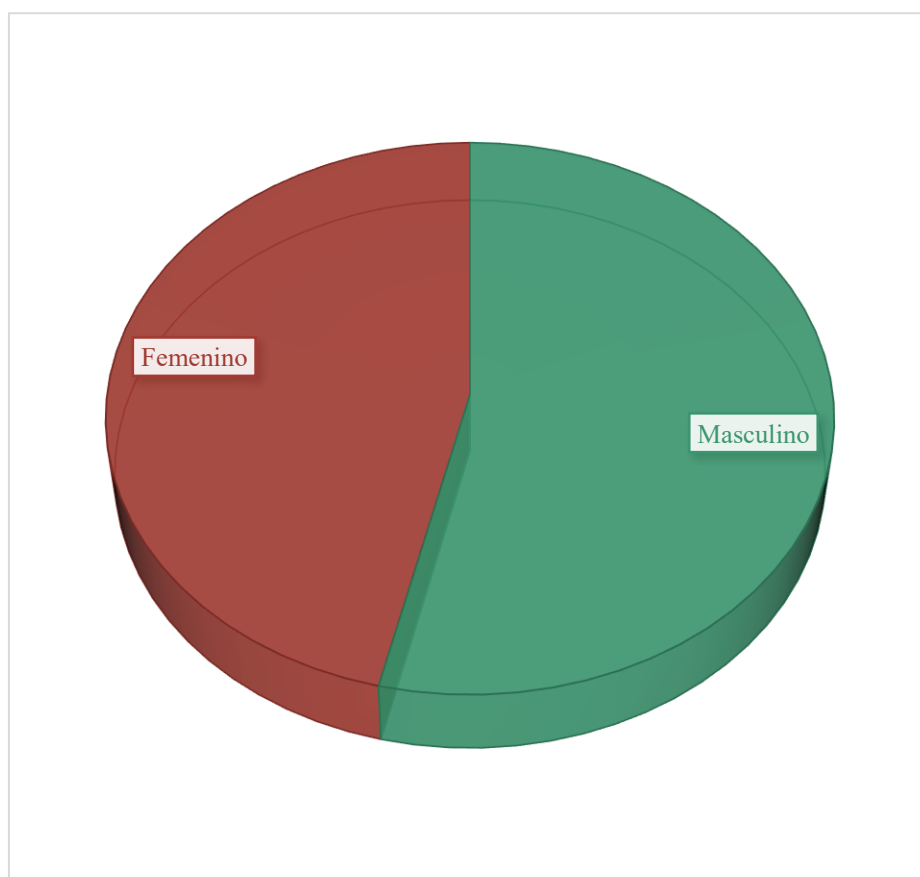
Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología por edad. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Edad	N° de pacientes	% de pacientes
Menor a 51 años.	11	20,4%
Entre 51 y 70 años.	20	37%
71 años o más.	23	42,6%
Total de pacientes	54	100%

Entre los 54 pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología predomina la Edad de 71 años o más, con un total de 23 pacientes (42,6%). De los restantes, 20 (37%) tienen Entre 51 y 70 años, y 11 (20,4%) son Menores de 51 años.

GRÁFICO N° 1

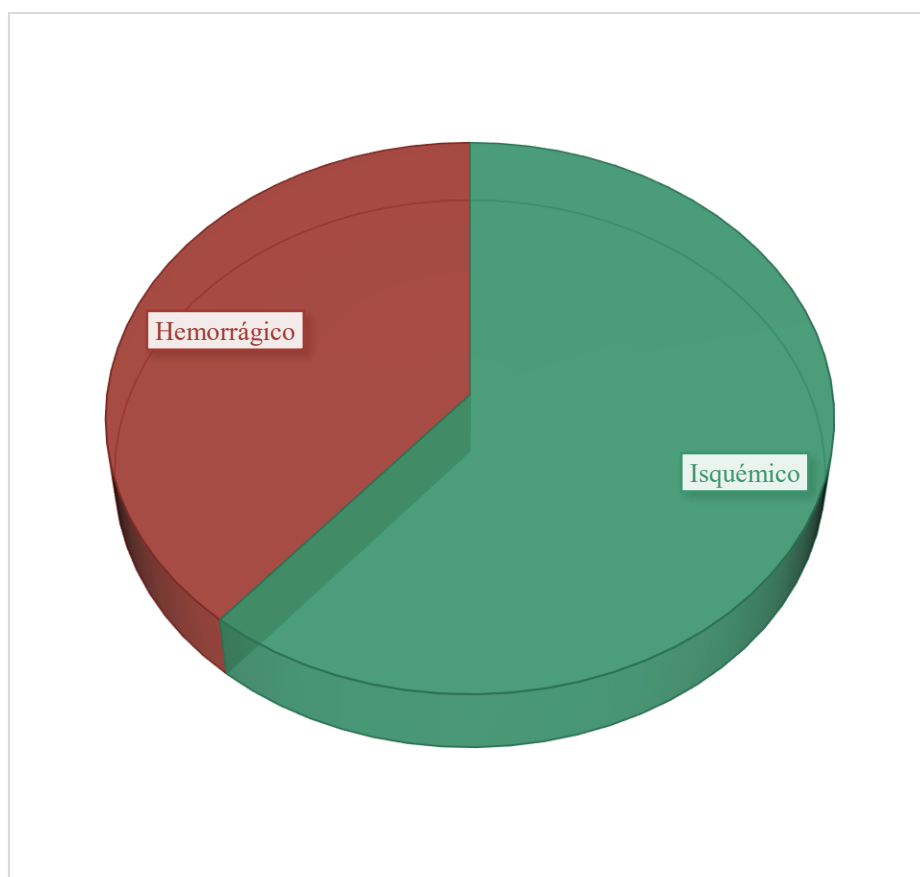
Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología por sexo. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019



De los 54 pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, predomina el Sexo Masculino (29 pacientes, 53,7%), mientras que son 25 pacientes (46,3%) del Sexo Femenino.

GRÁFICO N° 2

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología por tipo de ACV. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019



Entre los 54 pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, 33 pacientes (61,1%) presentan ACV de tipo Isquémico, y los restantes 21 (38,9%), ACV de tipo Hemorrágico.

CUADRO N° 2

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología por agente de derivación. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Agente de derivación	N° de pacientes	% de pacientes
Médico/a Neurólogo/a.	32	59,3%
Médico/a Neurocirujano/a.	19	35,2%
Médico/a Clínico/a.	1	1,8%
Otro/a profesional.	2	3,7%
Total de pacientes	54	100%

De los 54 pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, en 32 (59,3%) el Agente de derivación es el Médico/a Neurólogo/a; en 19 pacientes (35,2%) el Médico/a Neurocirujano/a; en 2 (3,7%) es Otro/a profesional; mientras que en 1 paciente (1,8%) el profesional que realiza la derivación es el Médico Clínico/a.

CUADRO N° 3

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología por motivo de interconsulta fonoaudiológica. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Motivo de interconsulta fonoaudiológica	N° de pacientes (n = 54)	% de pacientes
Dificultades en la deglución.	30	55,6%
Dificultades en la articulación.	10	18,5%
Dificultades en el lenguaje.	9	16,7%
Otras dificultades motoras y/o sensoriales.	14	25,9%

Nota: 9 pacientes (16,7%) presentaron más de un Motivo de interconsulta fonoaudiológica.

Entre los 54 pacientes en estudio, el Motivo de interconsulta fonoaudiológica que predomina es Dificultades en la deglución (55,6%), seguido de Otras dificultades motoras y/o sensoriales (25,9%), Dificultades en la articulación (18,5%) y, por último, Dificultades en el lenguaje (16,7%). 9 pacientes presentan más de un Motivo de interconsulta fonoaudiológica.

CUADRO N° 4

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología por diagnóstico fonoaudiológico. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Diagnóstico fonoaudiológico	N° de pacientes (n = 54)	% de pacientes
Disartria.	8	14,8%
Disfagia	52	96,3%
Afasia.	7	13%

Nota: 13 pacientes (24%) presentaron más de un Diagnóstico fonoaudiológico.

Entre los 54 pacientes en estudio predomina ampliamente el Diagnóstico fonoaudiológico de Disfagia (96,3%), seguido de Disartria (14,8%) y Afasia (13%). 13 pacientes presentan más de un Diagnóstico fonoaudiológico.

CUADRO N° 5

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología según tipo de ACV y agente de derivación. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Agente de derivación	Tipo de ACV		Total de pacientes
	Isquémico.	Hemorrágico.	
Médico/a Neurólogo/a.	29	3	32
Médico/a Neurocirujano/a.	3	16	19
Médico/a Clínico/a.	0	1	1
Otro/a profesional.	1	1	2
Total de pacientes	33	21	54

Entre los 33 pacientes que presentan ACV de tipo Isquémico, el Agente de derivación predominante es el Médico Neurólogo/a, solicitando interconsulta al área de fonoaudiología en 29 casos (90,6%). Respecto a los 21 pacientes con diagnóstico de ACV de tipo Hemorrágico, 16 (76,2%) son derivados por el Médico Neurocirujano/a, siendo el profesional que con mayor frecuencia solicita los pedidos de interconsulta en estos casos.

CUADRO N° 6

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología según tipo de ACV y motivo de interconsulta fonoaudiológica.

Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Motivo de interconsulta fonoaudiológica	Tipo de ACV		Total de pacientes por Motivo de interconsulta fonoaudiológica
	Isquémico.	Hemorrágico.	
Dificultades en la deglución.	17	13	30
Dificultades en la articulación.	8	2	10
Dificultades en el lenguaje.	6	3	9
Otras dificultades motoras y/o sensoriales.	7	7	14

Nota: 9 pacientes (16,7%) presentaron más de un Motivo de interconsulta fonoaudiológica.

El Motivo de interconsulta fonoaudiológica Dificultades en la deglución es el que predomina tanto para el ACV de tipo Isquémico (51,5%) como para el Hemorrágico (61,9%). En el ACV Isquémico, le sigue el Motivo de interconsulta Dificultades en la articulación (24,2%). En el caso del ACV Hemorrágico, el motivo que sigue en orden de frecuencia es Otras dificultades motoras y/o sensoriales (33,3%).

CUADRO N° 7

Distribución de pacientes con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología según tipo de ACV y diagnóstico fonoaudiológico. Hospital San Martín, período julio-diciembre 2019

Tipo de ACV	Diagnóstico fonoaudiológico			Total de pacientes por Tipo de ACV
	Disartria.	Disfagia.	Afasia.	
Isquémico.	5	32	4	41
Hemorrágico.	3	20	3	26

Nota: 13 pacientes (24%) presentaron más de un Diagnóstico fonoaudiológico.

La Disfagia predomina como Diagnóstico fonoaudiológico tanto en el ACV de tipo Isquémico (78%) como en el de tipo Hemorrágico (76,9%).

C. CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN

1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

La presente investigación se desarrolló en el Hospital San Martín, basándose en las planillas de pedido de interconsulta al área de fonoaudiología de los pacientes con diagnóstico de ACV. Dicho establecimiento, ubicado en la ciudad de Paraná, constituye el nosocomio de referencia de la provincia de Entre Ríos.

Tomando en consideración el sistema de salud en Argentina, el Hospital San Martín corresponde al sector público, integrado por los Ministerios Nacional y Provincial y la red de hospitales y centros de salud públicos, que brindan atención de manera gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a quienes no cuentan con seguridad social y capacidad de pago (Belló y Becerril-Montekio, 2011). En relación a los niveles de atención en salud, las tareas que se realizan en esta institución se enmarcan en un tercer nivel, ya que responde a patologías de alta complejidad que requieren procedimientos especializados, con nuevas tecnologías y en redes con otros niveles de atención asistencial (Vignolo et al., 2011).

El Hospital San Martín abrió sus puertas en el año 1912 y, desde ese momento, ha ido incrementando paulatinamente sus servicios y áreas para brindar una atención cada vez más completa a la comunidad. Dentro del establecimiento funciona el área de fonoaudiología, conformado por seis fonoaudiólogas encargadas de llevar a cabo la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las dificultades en la voz, habla, audición, lenguaje y fonoestomatología en pacientes adolescentes, adultos y adultos mayores. Considerando específicamente la atención de patologías neurológicas, la intervención del servicio comienza durante el período de internación, a partir de las interconsultas procedentes de otras áreas y profesionales que encuentran en el paciente dificultades de índole fonoaudiológica.

Respecto a la intervención fonoaudiológica en casos de ACV, tras el pedido de interconsulta se procede a la evaluación del paciente para arribar a un diagnóstico y, desde allí, se traza el plan de tratamiento acorde a sus necesidades. El abordaje terapéutico comienza durante la internación y, en caso de ser requerido, se brinda un turno para continuar la rehabilitación en consultorio externo del hospital una vez que el paciente es externado.

Debido a la situación mundial ocasionada por COVID-19, desde el año 2020 el personal del Hospital San Martín ha tenido que reorganizarse y acordar protocolos que permitan seguir brindando atención. Es por esto que los tratamientos por consultorio externo de todos los servicios se encontraban momentáneamente suspendidos. Permanecía la atención durante el período de internación, y cada profesional podía tomar la decisión de derivar, continuar los tratamientos de manera virtual, o suspenderlos provisoriamente. Por su parte, las fonoaudiólogas se organizaron en cuadrillas, con el objetivo de trabajar de manera alternada.

Partiendo del análisis de los datos presentes en las planillas de pedido de interconsulta, considerando el problema de esta investigación y que el objetivo principal al que apunta es establecer el perfil del paciente con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín, en base a edad, sexo, tipo de ACV, agente de derivación, motivo de interconsulta fonoaudiológica y diagnóstico fonoaudiológico, se puede determinar que:

De los 110 pacientes con alteraciones neurológicas y con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, el 50% presenta diagnóstico de otras patologías neurológicas (traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer, meningitis, esclerosis lateral amiotrófica, epilepsia, tumor cerebral, entre otras), 49,1% tiene diagnóstico de ACV, mientras que el 0,9% restante no cuenta con la totalidad de datos. Lo expuesto permite visualizar el elevado número de casos de ACV en esta población y, tal como la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2020) detalla, el mismo se ubica en la segunda causa de defunción en el mundo, con un 11% del total de muertes anuales, y la tercera causa de discapacidad, dejando secuelas que requerirán una terapéutica a cargo de un equipo interdisciplinario especializado en el abordaje de esta patología.

A su vez, la OMS (2020) plantea cómo la pandemia por COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de contabilizar las muertes anuales y sus motivos, ya que de esta manera se orienta a la prevención, tratamiento y al mejoramiento de la calidad de vida, así como a la eficacia de los sistemas de salud y sus recursos.

Específicamente en Argentina, Melcon C. y Melcon M. (2006) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ACV y su distribución por edad, sexo y tipo clínico, en favor de utilizar los resultados para la prevención, atención y

rehabilitación. Dichos resultados reportaron 868 casos por cada 100.000 habitantes al año.

En relación a la “Edad”, la prevalencia de ACV se encuentra en el rango etario de 71 años o más, con un 42,6%, seguido del rango comprendido Entre 51 y 70 años, con el 37%. Dicho resultado es similar a los obtenidos en el estudio epidemiológico prospectivo de Insaurrealde et al. (2016), que buscaba registrar el número total de pacientes con diagnóstico de ACV que asistieron al Hospital Samic (Eldorado, Misiones) en un año, y la frecuencia de ACV hemorrágico en dicha población. Allí, la media de edad fue de 68,26 años, siendo los principales rangos etarios de 60-69 años y de 70-79 años. A su vez, la investigación de Camejo et al. (2015), cuyo objetivo fue la descripción de aspectos clínicos, factores de riesgo e indicadores que permiten un adecuado manejo del ACV en su tratamiento agudo, determinó que dicha alteración predominó entre los 60 y 79 años.

Considerando el “Sexo”, no se manifiesta una gran diferencia entre pacientes de Sexo Masculino (53,7%) y Sexo Femenino (46,3%). Los resultados expuestos concuerdan en términos generales con la bibliografía mundial, como es el caso de Díaz y González (2017), que estudiaron 94 pacientes con diagnóstico de ACV con el objetivo de estimar la prevalencia de disfagia y el perfil de los mismos en relación con el tipo de ACV, grado de dependencia y red de apoyo familiar. En esta ocasión, el 56,4% de los casos correspondían al sexo masculino, y 43,6% al femenino. Insaurrealde et al. (2016), en su estudio anteriormente mencionado, adhieren a los mismos resultados, con un predominio del sexo masculino en un 58,3%. Sin embargo, Arpa et al. (2015) realizaron una investigación prospectiva para comparar la presencia de factores de riesgo entre pacientes con ACV y controles secuenciales de los mismos, y determinar de esta manera predictores de dicha afección. Allí, predominaron los casos de pacientes mujeres, con un 58,6%.

En lo que respecta a “Tipo de ACV”, el 61,1% de los pacientes presenta ACV de tipo Isquémico y el 38,9% Hemorrágico. Estos resultados frecuentemente se asemejan a investigaciones realizadas con anterioridad, como es el caso del análisis elaborado por Licona y Aguilera (2009), donde predominó el ACV isquémico en un 68%, seguido por la hemorragia intracraneana.

Por su parte, adhiere a la mencionada preponderancia el Consenso de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Deglutorios y Nutricionales de los Pacientes con

Accidente Cerebrovascular, publicado por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2018), donde en el 85% de los casos el ACV es de causa isquémica y, en el 15%, hemorrágica. También en nuestro país, el Centro Integral de Neurología Vascular de Fleni (2018), realiza el Estudio Epidemiológico Poblacional sobre Accidentes Cerebrovasculares (EstEPA), que evalúa la prevalencia, incidencia, carga de enfermedad y mortalidad del ACV en la Argentina, con el fin de ampliar el conocimiento acerca de esta patología y mejorar los respectivos procesos de prevención y políticas en salud. Uno de los resultados preliminares de esta investigación fue que el 88% de los ACV registrados en nuestro país es de tipo isquémico, y el resto, hemorrágico.

En lo referente al “*Agente de derivación*”, en el 59,3% de los casos la derivación es realizada por el Médico/a Neurólogo/a, seguido del 35,2% por el Médico/a Neurocirujano/a. En dos ocasiones la derivación fue llevada a cabo por Otro/a profesional y, en una oportunidad, por el Médico/a Clínico/a. En paralelo a los resultados obtenidos, se cita la investigación de Licon y Aguilera (2009), cuyo objetivo fue determinar el perfil clínico epidemiológico de 55 pacientes con ACV atendidos en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Tegucigalpa, donde 54 de los pacientes fueron asistidos por el área de neurología, 13 por neurocirugía, 51 en rehabilitación, 2 en la sala de Ictus y 7 en otras.

Por otro lado, considerando el “*Motivo de interconsulta fonoaudiológica*”, las Dificultades en la deglución constituyen el principal motivo de derivación con un 55,6%, seguido del 25,9% que corresponde a interconsultas por Otras dificultades motoras y/o sensoriales. Las derivaciones por Dificultades en la articulación representan el 18,5%, mientras que el porcentaje menor corresponde a las Dificultades en el lenguaje, con un 16,7%. Cabe destacar que 9 pacientes (16,7%) presentan más de un Motivo de interconsulta fonoaudiológica.

Carolina Méndez, en un artículo publicado por la Pontificia Universidad Católica de Chile (2020), plantea la importancia de una derivación temprana, debido a que facilita la intervención oportuna del profesional fonoaudiólogo, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, no existen antecedentes referidos a esta temática que permitan realizar una interpretación de los resultados de la presente tesina en relación a otras investigaciones.

Aquí resulta relevante mencionar los aportes de Azcoaga (1991) quien también destaca la importancia de una intervención fonoaudiológica temprana, brindando estrategias y objetivos terapéuticos al profesional fonoaudiólogo según el periodo evolutivo del ACV en que se encuentre el paciente. En el período agudo, el objetivo es llevar a cabo tareas de prevención de daños mayores en el cuadro clínico; en el período subagudo, se realiza una breve evaluación, a fin de establecer el grado de dificultades presentes; en el período de estado el objetivo es terapéutico, y a partir de la determinación del diagnóstico fonoaudiológico, se inicia el tratamiento oportuno; por último, en el período secuelar, la tarea del profesional será buscar la reubicación laboral y social del paciente, de acuerdo a sus necesidades y posibilidades.

Teniendo en cuenta el “*Diagnóstico fonoaudiológico*”, la Disfagia predomina ampliamente en un 96,3% de los pacientes, seguido de un 14,8% de Disartria, mientras que el 13% corresponde al Diagnóstico fonoaudiológico Afasia. Es importante mencionar que 13 pacientes (24%) presentan más de un Diagnóstico fonoaudiológico. Dicha prevalencia concuerda con la bibliografía mundial referente al tema, como es el caso de Rubiera et al. (2009), quienes señalan que la disfagia afecta entre 22 y 65% de los pacientes después de un ACV, y que puede persistir durante algunos meses. Adhiere a estos resultados el estudio de Meng et al. (2000), cuyo objetivo fue delinear la incidencia de disfagia en pacientes hospitalizados que fueron remitidos para rehabilitación debido a un accidente cerebrovascular. Al momento de la evaluación clínica de la deglución, el 81% de los individuos presentaba disfagia, de los cuales un 79% dependía de alimentación por sonda.

Peña et al. (2015), a fin de estudiar la asociación entre la disfagia y los trastornos de la comunicación en pacientes que han sufrido un ACV, determinaron que el abordaje terapéutico de la disfagia requiere a su vez abordar las dificultades presentes en la comunicación, y que debe ser realizado por profesionales idóneos en dichas alteraciones, es decir, por el fonoaudiólogo/a.

Refiriéndose a la intervención fonoaudiológica y en correspondencia con lo dicho anteriormente, Carolina Méndez (2020) postula que, si bien el rol del fonoaudiólogo/a en el abordaje de pacientes que han sufrido un ACV se destaca principalmente en el tratamiento de las alteraciones deglutorias, cerca de un tercio de éstos presenta dificultades en la comunicación y en la cognición. Este es uno de los puntos que acredita la necesidad de que, dentro del equipo interdisciplinario encargado de la atención de esta

población, cada profesional tenga conocimiento acerca de las incumbencias del resto de los integrantes, a fin de solicitar una consulta temprana y evitar dificultades mayores o prolongadas en el tiempo.

En relación a los pacientes que presentan más de un Diagnóstico fonoaudiológico de los considerados en esta investigación, se toma como antecedente el estudio anteriormente citado de Peña et al. (2015), donde la prevalencia de disfagia en pacientes con ACV fue del 13,6%, de los cuales el 43,2% también presentó diagnóstico de disartria, un 26,7% presentó disfagia y afasia, mientras que el 26,7% restante tuvo diagnóstico de disfagia de manera aislada.

En la presente tesina, en lo que refiere a “Tipo de ACV”, “Agente de derivación”, “Motivo de interconsulta fonoaudiológica” y “Diagnóstico fonoaudiológico”, se destaca el Médico/a Neurólogo/a como el Agente de derivación predominante en el ACV Isquémico (90,6%), y el Médico/a Neurocirujano/a en el Hemorrágico (76,2%); tanto el Motivo de interconsulta fonoaudiológica Dificultades en la deglución como el Diagnóstico fonoaudiológico de Disfagia fueron los principales en ambos tipos de ACV.

Considerando la frecuencia de alteraciones de incumbencia fonoaudiológica en pacientes con diagnóstico de ACV, queda clara la importancia que representa el rol del fonoaudiólogo/a en estos casos. Sin embargo es destacable que, si bien el área de fonoaudiología del Hospital San Martín de Paraná asiste esta población, no tiene la posibilidad de realizar derivaciones a centros externos, ya que en la ciudad no existe otro establecimiento público que brinde tratamientos fonoaudiológicos. En los casos en que el paciente cuenta con obra social, ofrecen la posibilidad de continuar el tratamiento en consultorio particular, es decir, de manera privada.

Por lo dicho, y a pesar de la gran incidencia que tiene el ACV en la población de nuestro país, los porcentajes elevados de dificultades de incumbencias fonoaudiológicas, las investigaciones realizadas acerca de esta temática y la importancia de una rehabilitación oportuna, así como la existencia de una Ley de Ejercicio Profesional que promulga las incumbencias del fonoaudiólogo/a en pacientes adultos, es notable la carencia de intervención fonoaudiológica desde el ámbito público, para esta población, en la provincia de Entre Ríos.

2. CONCLUSIONES

A partir de la recolección y análisis de los datos presentes en las planillas de pedido de interconsulta de pacientes con diagnóstico de ACV al área de fonoaudiología del Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, y en relación al problema y objetivos planteados en esta investigación, se puede concluir que:

- El rango etario preponderante es 71 años o más, manifestado en 23 pacientes (42,6%), seguidos de 20 (37%) Entre 51 y 70 años y 11 (20,4%) Menores a 51 años.
- En relación al Sexo, no se evidencia en esta población una diferencia significativa. Sin embargo, predomina el Sexo Masculino, representando 29 de los casos (53,7%), mientras que el Sexo Femenino corresponde a 25 pacientes (46,3%).
- El ACV de tipo Isquémico es el más frecuente, diagnosticado en 33 casos (61,1%). Por su parte, el ACV de tipo Hemorrágico se presenta en 21 pacientes (38,9%).
- El Agente de derivación que prima en los 54 pacientes con diagnóstico de ACV es el Médico/a Neurólogo/a, manifestándose en 32 pacientes (59,3%); le sigue el Médico/a Neurocirujano/a en 19 casos (35,2%); en 2 (3,7%) el Agente de derivación es Otro/a profesional, mientras que en 1 paciente (1,8%) es el Médico Clínico/a.
- Las Dificultades en la deglución constituyen el principal Motivo de interconsulta fonoaudiológica, presentes en 30 casos (55,6%), sucedido por 14 interconsultas (25,9%) por Otras dificultades motoras y/o sensoriales, 10 (18,5%) por Dificultades en la articulación y 9 (16,7%) por Dificultades en el lenguaje.
- El Diagnóstico fonoaudiológico que predomina es la Disfagia, manifestada en 52 pacientes (96,3%). Los casos de Disartria y Afasia son significativamente menores, presentándose en 8 (14,8%) y 7 (13%) pacientes, respectivamente.
- En pacientes con ACV Isquémico, el Agente de derivación principal fue el Médico/a Neurólogo/a (90,6%), mientras que en el ACV Hemorrágico, el Médico/a Neurocirujano/a (76,2%).
- Las Dificultades en la deglución predominaron como Motivo de interconsulta fonoaudiológica tanto para el ACV Isquémico (51,5%) como para el Hemorrágico (61,9%). El Diagnóstico fonoaudiológico de Disfagia es el más frecuente en

ambos tipos de ACV, representando un 78% para el ACV de tipo Isquémico y un 76,9% para el Hemorrágico.

En síntesis, el Perfil del paciente con diagnóstico de ACV con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología se define por una mayor frecuencia de aparición de los siguientes aspectos: pacientes Mayores de 50 años (79,6%), de Sexo Masculino (53,7%), con ACV de tipo Isquémico (61,1%), con Motivo más frecuente de interconsulta fonoaudiológica dado por Dificultades en la Deglución (55,6%), Diagnóstico fonoaudiológico de Disfagia (96,3%), siendo los Agentes con mayor proporción de derivaciones el Médico/a Neurólogo/a y el Médico Neurocirujano/a (94,5%).

3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Si bien la realización de la presente investigación no generó grandes dificultades, se enmarca en un contexto de pandemia que obliga a realizar modificaciones en su planeamiento, tales como la comunicación exclusivamente virtual o telefónica, tanto con el hospital como entre las autoras de este trabajo, y la imposibilidad de asistir al establecimiento para recabar los datos de manera personal. Además, como la biblioteca de la facultad se encontraba cerrada, no se pudo acceder a trabajos previos almacenados allí, que sirvieran de sustento teórico y sugerencia de investigación.

A raíz de lo expuesto anteriormente, las principales limitaciones en la realización de esta tesina fueron a nivel tecnológico; en relación al hospital, la mayor dificultad fue contactar a las autoridades del Comité de Docencia e Investigación, encargadas de la aprobación para acceder a los datos necesarios. Esto se debe a que, por la situación actual, dicho Comité canceló sus reuniones semanales.

Sin embargo, quienes contribuyeron para llevar a cabo esta investigación han demostrado su buena predisposición y compromiso a lo largo de todo el proceso.

Por otro lado, una vez obtenidos los datos de las planillas de pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, se constató la falta de consignación de algunos datos que hubieran enriquecido el objetivo de esta tesina, como es el caso de la localización anatómica comprometida a causa del ACV.

En lo que respecta a las sugerencias de este trabajo, se recomienda una futura investigación más exhaustiva en pacientes con diagnóstico de ACV que presenten diagnóstico fonoaudiológico de disfagia, debido a la prevalencia con que se manifiesta en esta población. A su vez, se propone un estudio sobre el conocimiento que presenta el equipo interdisciplinario acerca del momento en que inicia la intervención del profesional fonoaudiólogo/a en la rehabilitación de pacientes con diagnóstico de ACV, a fin de promover derivaciones e interconsultas oportunas.

Por último, se aconseja un trabajo que investigue la relación entre las áreas anatómicas afectadas en cada tipo de ACV y el diagnóstico fonoaudiológico resultante.

BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, A.; Arocho L., J. L.; Labos, E. y Rodriguez I., W. / Diccionario de Neuropsicología. -- 2015. en <https://biblioteca.ucatolica.edu.co/ucatolica/diccionario-neuropsicologia.pdf> (16/04/21).
- Arpa, A.; Vilela, A.; Kuschner, P.; González V., A.; Cappanera, P.; Sánchez, A.; Castagna, R. y Valdez, P. / Accidente Cerebrovascular y factores de riesgo. Estudio prospectivo controlado. -- Revista Argentina de Medicina. 2015;2(5):12-20. en <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/36/29> (12/06/21).
- Azcoaga, J. E. / Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología). -- Editorial El Ateneo. - 4ta ed. -- Buenos Aires. 1991.
- Belló, M.; Becerril-Montekio, V. M. / Sistema de salud de Argentina. -- Salud Pública de México. 2011;53(2):96-108. en <https://www.scielo.org/article/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/> (10/08/21).
- Bleeckx, D. / Deglución: valoración y rehabilitación -- Revista EMC- Kinesiterapia-Medicina Física. 2012;33(3):1-10. en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1293296512619550> (22/11/20).
- Bruna, O.; Roig, T.; Puyuelo, M.; Junqué, C. y Ruano, A. / Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica. -- Editorial Elsevier Masson. -- Barcelona. 2011.
- Camejo, C.; Legnani, C.; Gaye, A.; Arcieri, B.; Brumett, F.; Castro, L. et al. / Unidad de ACV en el Hospital de Clínicas: comportamiento clínico-epidemiológico de los pacientes con ACV (2007-2012). -- Archivos de Medicina Interna. 2015;37(1):30-35. en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2015000100006&script=sci_arttext (22/06/21).
- Cámpora, H. y Falduti, A. / Deglución de la A a la Z. Fisiopatología, evaluación y tratamiento. -- Editorial El Ateneo. -- Buenos Aires. 2014.
- Cuetos V., F. / Neurociencia del Lenguaje: bases neurológicas e implicaciones clínicas. - Editorial Panamericana. -- Madrid. 2012.

Díaz F., A. I. y González A., M. A. / Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria. -- Revista Enfermería Comunitaria. 2017;5(1):38-56. en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5858779> (15/06/21).

Fleni / ACV: el 2% de los argentinos mayores de 40 años convive con secuelas de un ACV. -- Fleni. 2018. en <https://www.fleni.org.ar/novedades/acv-el-2-de-los-argentinos-mayores-de-40-anos-convive-con-secuelas-de-un-acv-segun-un-nuevo-estudio-de-fleni/> (02/07/21).

García, R. / Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. -- Editorial Gedisa. -- Barcelona. 2006.

Geromini, N. G. / La recuperación del paciente afásico: ¿utopía o realidad? -- Revista de la Fundación Dr. J.R. Villavicencio. 1995;3(31):118-123. en <https://adinarosario.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/T300recuperaci%C3%B3n.afasico.pdf> (26/06/21).

González G., C.; Grandi, M.; Pezzetti, A.; San Román, A.; Villagi L., J. C.; Tammaro, J. C. et al. / Neuroanatomía. -- Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra de Anatomía Normal. -- Rosario. (s.f.).

González L., P. y González O., B. / Afasia de la teoría a la práctica. -- Editorial Médica Panamericana. -- México D.C. 2012.

González, R. y Bevilacqua, J. / Disfagia en el paciente neurológico. -- Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2009;20(3):252-262. en https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Gonzalez-Victoriano/publication/318659921_Disfagia_en_el_paciente_neurolgico/links/5976244b0f7e9b4016bc16df/Disfagia-en-el-paciente-neurolgico.pdf (22/11/20).

González, R. y Bevilacqua, J. / Las disartrias. -- Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2012;23:299-309. en <https://www.academia.edu/download/48176745/disartrias.pdf> (20/02/21).

Helm-Estabrooks N. y Albert M. L. / Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia. -- Editorial Médica Panamericana. -- Madrid. 2005.

Insaurralde W.; Heuer L.; Veronesi C. y Paviolo R. / Accidente Cerebrovascular (ACV): Estudio Epidemiológico Prospectivo en el Hospital Samic Eldorado, Misiones,

Argentina. -- Revista Argentina de Medicina. 2016;4(11):164-168. en <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/97/68> (13/06/21).

Licon R., T.S. y Aguilera S., M.I. / Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebrovascular en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. -- Revista Médica Hondureña. 2009;77(3):99-152. -- en <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol77-3-2009.pdf> (13/06/21).

Lizzi, E.; Menna, A.; Sirna, S.; Zerpa, B.; Iriondo, A.; Gingham, M. y Cattáneo, M. / Atención temprana. una perspectiva fonoaudiológica. -- Editorial Akadia. -- Buenos Aires. 2014.

López, B. y Romero, D. / Terapia ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. -- Editorial Médica Panamericana. -- Madrid. 2010. en <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=T1RYrWeGRPcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Terapia+ocupacional+aplicada+al+da%C3%B1o+cerebral+adquirido&ots=UosvP2783m&sig=Wqxtb52IzjsmbD-DMkUs-brQ7oE#v=onepage&q=Terapia%20ocupacional%20aplicada%20al%20da%C3%B1o%20cerebral%20adquirido&f=false> (30/03/21).

Love, R. J. y Webb, W. G. / Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. -- Editorial Médica Panamericana. -- Madrid. 2001.

Marmouset, F.; Hammoudi, K.; Bobillier, C. y Morinière, S. / Fisiología de la deglución normal -- Revista EMC -- Otorrinolaringología. 2015;44(3):1-12. en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1632347515727529> (03/06/21).

Melcon C. M. y Melcon M. O. / Prevalence of Stroke in an Argentine Community. -- Revista Neuroepidemiology. -- 2006;27(2):81-88. en <https://www.karger.com/article/Abstract/94978> (20/06/21).

Melle, N. / Guía de intervención logopédica en disartria. -- Editorial Síntesis. -- Madrid. 2007.

Meng, N. H.; Wang, T. G., y Lien, I. N. / Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome. -- American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2000;79(2):170-175. en https://journals.lww.com/ajpmr/Fulltext/2000/03000/Dysphagia_in_Patients_with_Brainstem_Stroke.10.aspx (29/06/21).

Organización Mundial de la Salud / Las 10 principales causas de defunción. -- 2020. en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (22/06/21).

Organización Mundial de la Salud / La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. -- en <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019> (23/06/21).

Peña C., R.; López E., M.; Guzmán, M.; Jara, M.; Salgado, C.; Sepúlveda, C. et al. / Trastornos asociados a disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular. -- Universidad del Bío Bío – Facultad de Ciencias de la Salud y Alimentos – Dpto. Ciencias de la Rehabilitación en Salud. -- Chillán. 2015. en https://www.researchgate.net/profile/Rodolfo-Pena-3/publication/277141344_Trastornos_asociados_a_disfagia_neurogenica_en_pacientes_con_accidente_cerebrovascular/links/55635fed08ae86c06b695442/Trastornos-asociados-a-disfagia-neurogenica-en-pacientes-con-accidente-cerebrovascular.pdf (23/06/21).

Peña-Casanova, J. / Neurología de la Conducta y Neuropsicología -- Editorial Médica Panamericana. -- Buenos Aires. 2007.

Peña-Casanova, J. y Pérez P., J. / Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. -- Editorial Masson. -- 2da ed. -- Barcelona. 1995.

Pereira C., J. L., y García L., P. P. / Gastrostomía endoscópica percutánea -- Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2010;102(10):609. en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010001000010&lng=es&tlng=es (28/05/21).

Pineda E. B.; de Alvarado, E. L. y de Canales, F. H. / Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. -- Organización Panamericana de la Salud. -- 2da ed. -- Washington D.C. 1994. en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132> (03/04/21).

Pontificia Universidad Católica de Chile. / Equipos interdisciplinarios de la salud preocupados por la incidencia más temprana de Accidentes Cerebro Vasculares. -- Santiago. 2020. en: <https://fonoaudiologia.uc.cl/noticias/equipos-interdisciplinarios-de->

[la-salud-preocupados-por-la-incidencia-mas-temprana-de-accidentes-cerebro-vasculares/](#) (03/07/21).

Portellano, J. A. / Introducción a la neuropsicología. -- Editorial McGraw- Hill. -- Madrid. 2005.

Rubiera, A. B.; Plasencia, L. M. M. y Aguilera M., Y. / Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. -- Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009;7(1). en <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n1/v7n1a440.pdf> (02/07/21).

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. -- en Boletín Oficial de la República Argentina del día 27 de octubre de 2020. -- Buenos Aires. -- en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027> (03/12/2020).

Simon, R. P.; Greenberg, D. A. y Aminoff, M. J. / Neurología Clínica. -- 7ma ed. -- Editorial McGraw-Hill. -- México D.C. 2010.

Snell, R. S. / Neuroanatomía Clínica. -- 7ma ed. revisada. -- Editorial Wolters Kluwer. -- Barcelona. 2014.

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva / Consenso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios y nutricionales de los pacientes con accidente cerebrovascular. -- Revista Argentina de Terapia Intensiva. 2018;35(2). en <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/610/pdf> (18/06/21).

St Guily, J. L.; Périé, S.; Bruel, M.; Roubeau, B.; Susini, B., y Gaillard, C. / Trastornos de la deglución del adulto. Diagnóstico y tratamiento. -- Revista EMC – Otorrinolaringología. 2005;34(3):1-19. en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1632347505442885> (26/01/21).

Valverde, L. A.; Ayala, N.; Pascua M. y Fandiño, D. / El trabajo en equipo y su operatividad. -- Universidad de Costa Rica. -- Costa Rica. 1989. en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000381.pdf> (29-11-2020).

Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. / Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. -- Archivos de Medicina Interna. -- 2011;33(1):7-11. en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf> (25/06/21).

ANEXOS

Anexo A: Notas a autoridades del Hospital San Martín para aprobar la realización del trabajo de investigación y el acceso a las planillas de pedido de interconsulta.

Paraná, 25 de Noviembre de 2020

Ref: Autorización para realizar un trabajo de investigación

Al Director del Hospital "San Martín"

Dr. Carlos Bantar

S _____ / _____ D

De nuestra consideración

Nos dirigimos a usted a fin de solicitar autorización para realizar un trabajo de investigación sobre pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) que han sido atendidos durante el período julio – diciembre 2019, para ser presentado a la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R), Facultad de Ciencias Médicas (F.C.M), Escuela de Fonoaudiología.

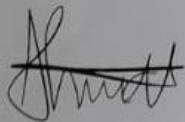
El trabajo de investigación tiene como título:

"Estudio descriptivo acerca del perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el período julio-diciembre 2019".

En este sentido, solicitamos acceso a las planillas de pedido de interconsulta del área de fonoaudiología, durante el período julio- diciembre 2019, para el correspondiente relevamiento de datos.

Se adjunta el "Formulario A" presentado y aprobado por la Escuela de Fonoaudiología, F.C.M, U.N.R.

Sin otro particular, saludamos a Ud atte.



Almeida Agustina

(Legajo n°: A-1634/9)



Pichioni Victoria

(Legajo n°: P- 1692/6)

MESA DE ENTRADA	
DEPARTAMENTO DESPACHO	
HOSPITAL "SAN MARTIN"	
Recibido	
Fecha 26-3-21	F51

Paraná, 25 de Noviembre de 2020

Ref: Autorización para realizar un trabajo de investigación

A la Presidente del Comité de Docencia e Investigación

Sra. Adriana Benmelej

Hospital "San Martín"

S _____ / _____ D

De nuestra consideración

Nos dirigimos a usted a fin de solicitar autorización para realizar un trabajo de investigación sobre pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) que han sido atendidos durante el periodo julio – diciembre 2019, para ser presentado a la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R), Facultad de Ciencias Médicas (F.C.M), Escuela de Fonoaudiología.

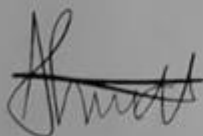
El trabajo de investigación tiene como título:

"Estudio descriptivo acerca del perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el periodo julio-diciembre 2019".

En este sentido, solicitamos acceso a las planillas de pedido de interconsulta del área de fonoaudiología, durante el periodo julio- diciembre 2019, para el correspondiente relevamiento de datos.

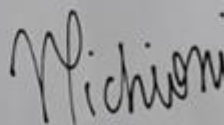
Se adjunta el "Formulario A" presentado y aprobado por la Escuela de Fonoaudiología, F.C.M, U.N.R.

Sin otro particular, saludamos a Ud atte.



Almeida Agustina

(Legajo n°: A-1634/9)



Pichioni Victoria

(Legajo n°: P- 1692/6)

Comité de Docencia e Investigación
Hospital "SAN MARTIN" PARANA

Recibido 
Comité de Docencia e Investigación
Hospital "San Martín" Paraná
26/10/2021



HOSPITAL SAN MARTIN
Ministerio de Salud
Gobierno de Entre Ríos



Visto, pase al SERVICIO DE FONOAUDIOLOGIA, para toma de conocimiento y manifieste su opinión y conformidad o disconformidad al respecto.

Sirva la presente de atenta nota.

DEPARTAMENTO DESPACHO
HOSPITAL "SAN MARTIN"
Paraná, 09 de abril de 2021.-

Bioq. Adriana Benmelej
M.P. 620
Secretaría Técnica
Hospital San Martín

Paraná, 25 de Noviembre de 2020

Ref: Autorización para observación de pedidos de interconsulta

A la Coordinadora del Área de Fonoaudiología

Servicio de O.R.L del Hospital "San Martín"

Lic. Margarita Leiva

S _____ / _____ D

De nuestra consideración

Nos dirigimos a usted a fin de solicitar autorización para observar las planillas de pedido de interconsulta del área de fonoaudiología, durante el periodo julio-diciembre 2019, para realizar un trabajo de investigación sobre pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) que han sido atendidos durante el periodo julio - diciembre 2019, y ser presentado a la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R), Facultad de Ciencias Médicas (F.C.M), Escuela de Fonoaudiología.

El trabajo de investigación tiene como título:

"Estudio descriptivo acerca del perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el periodo julio-diciembre 2019".

En este sentido, solicitamos acceso a las planillas de pedido de interconsulta del área de fonoaudiología, durante el periodo julio- diciembre 2019, para el correspondiente relevamiento de datos.

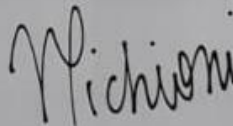
Se adjunta el "Formulario A" presentado y aprobado por la Escuela de Fonoaudiología, F.C.M, U.N.R.

Sin otro particular, saludamos a Ud atte.



Almeida Agustina

(Legajo n°: A-1634/9)



Pichioni Victoria

(Legajo n°: P- 1692/6)

Resolución favorable

Lic. MARGARITA LEIVA
FONOAUDIOLOGA
Hospital "San Martín"

Anexo B: Hoja de pedido de interconsulta del Hospital San Martín

Interconsulta Hospital San Martín		
Apellido y nombres:		H. C. N°
Servicio:	Sala:	Cama N°
Pedido de consulta a:		
Procedimiento o Examen Solicitado:		
Resumen Clínico:		
Fecha	Hora	Firma del Médico consultante
Informe de Consulta		
Procedimiento o Examen Efectuado:		
Diagnóstico y Recomendaciones:		

Anexo C: Planilla de recolección de datos

Paciente Nº	Edad	Sexo	Tipo de ACV	Agente de derivación	Motivo de interconsulta fonoaudiológica	Diagnóstico fonoaudiológico
1	71	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Afasia, Disfagia	Disfagia / Afasia
2	57	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Sonda Nasogástrica (SNG)	Disfagia
3	46	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Dificultades en el habla y deglución	Disfagia / Disartria
4	63	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la expresión y comprensión	Disfagia
5	85	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurólogo/a	Afasia	Disfagia / Afasia
6	85	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Afasia	Disfagia
7	82	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Dificultades en el habla y deglución	Disfagia / Disartria
8	70	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Hemiparesia izquierda	Disfagia
9	71	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Disartria severa, SNG	Disfagia
10	88	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la expresión	Disfagia / Disartria
11	54	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	SNG	Disfagia / Disartria
12	23	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	SNG	Disfagia

13	90	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Disfagia	Disfagia
14	40	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
15	90	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
16	66	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Disartria	Disfagia
17	72	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiparesia derecha	Disfagia
18	90	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Aspiraciones, SNG	Disfagia
19	73	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiparesia derecha	Disfagia
20	58	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Aspiraciones, SNG	Disfagia
21	87	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	SNG	Disfagia
22	80	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	SNG	Disfagia
23	80	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la articulación	Disfagia
24	64	Masculino	Hemorrágico	Nutricionista	Dificultades deglutorias	Disfagia
25	66	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiparesia derecha	Disfagia
26	76	Masculino	Isquémico	Kinesiólogo/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
27	70	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiplejía izquierda	Disfagia
28	65	Masculino	Isquémico	Médico/a	Hemiparesia derecha	Disfagia

				Neurólogo/a		
29	45	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Disfagia, SNG	Disfagia
30	77	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Afasia, SNG	Disfagia / Afasia
31	79	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiplejía derecha	Disfagia
32	79	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Dificultades en la expresión, SNG	Disfagia / Afasia
33	60	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurocirujano/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
34	71	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	SNG	Disfagia
35	50	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la articulación	Disartria
36	66	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Disfagia, disartria	Disfagia / Disartria
37	69	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
38	65	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en el lenguaje	Disfagia / Afasia
39	47	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Disfagia	Disfagia
40	71	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurocirujano/a	Disartria, SNG	Disfagia / Disartria
41	61	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
42	84	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Hemiparesia izquierda	Disfagia

43	59	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurólogo/a	Parálisis facial	Disfagia
44	69	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Disartria, SNG	Disfagia / Disartria
45	45	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Hemiplejía izquierda	Disfagia
46	49	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Clínico/a	Dificultades deglutorias	Disfagia
47	48	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Hemiparesia derecha	Disfagia
48	78	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la articulación	Disfagia / Disartria
49	61	Femenino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Dificultades en la deglución	Disfagia
50	33	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurocirujano/a	Afasia	Afasia
51	48	Masculino	Hemorrágico	Médico/a Neurocirujano/a	Hemiparesia izquierda	Disfagia
52	53	Masculino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiparesia derecha	Disfagia
53	66	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Hemiplejía derecha	Disfagia
54	90	Femenino	Isquémico	Médico/a Neurólogo/a	Dificultades en la deglución	Disfagia